



POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD

IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN PILOTO DE CÍRCULOS DE CONTROL DE CALIDAD EN EL ÁREA DE ATENCIÓN MÉDICA DEL CENTRO DE LA PIEL.

Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos establecidos
para optar por el título de
Especialista en Administración de Instituciones de Salud

Profesor Guía
Benjamín E. Carrasco Sánchez
MBA

Autores
Ana Cristina Proaño Krivosiková
Ana Lorena Jarrín Núñez
Michell Marola Lozano Chinga

Año
2014

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUIA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con las estudiantes, orientando sus conocimientos para un adecuado desarrollo del tema escogido, y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los trabajos de Titulación.”

Benjamín E. Carrasco Sánchez

Magíster en administración (MBA)- Ingeniero Civil Industrial

Universidad de Chile

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LOS ESTUDIANTES

“Declaro que este trabajo es original, de nuestra autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Ana Cristina Proaño Krivosiková
CI: 171299230

Ana Lorena Jarrín Núñez
CI: 1715422125

Michell Marola Lozano Chinga
CI: 1714280359

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestro tutor Benjamín Carrasco por su ayuda, paciencia y disponibilidad para apoyarnos en la realización de esta tesina. También a todas las personas que nos apoyaron, familiares y a la Institución Centro de la Piel – CEPI por abrirnos las puertas para realizar este plan piloto.

RESUMEN

El Centro de Piel (CEPI) es un instituto dermatológico con carácter académico y social, que surge con el propósito de dar atención médica de calidad; facilitando un espacio para que los pacientes se conviertan en actores importantes en la recuperación y mantenimiento de la salud de la piel. Haciendo una revisión general dentro del CEPI se detectó que no se aplica un control de calidad en los procesos de atención, lo que conlleva a un desperdicio de recursos, en donde se emplea mayor esfuerzo en la resolución de problemas que en la planificación. Dentro del plan de capacitación no se han impartido modelos de gestión y mejora continua, haciendo imposible la aplicación de dichas herramientas. Los procesos de atención en la institución no han sido estandarizados, no existe actualmente un levantamiento de procedimientos y actividades. Los canales de comunicación han sido una limitante para el desarrollo correcto de las actividades diarias de la organización, esto acompañado de la inexistencia de un organigrama en donde se determinen y visualicen claramente los jefes directos. Con el afán de determinar una nueva visión dentro la empresa el objeto de esta tesina fue el de implementar un plan piloto de círculos de calidad que contribuya a mejorar la atención de salud y la competitividad del Centro de la Piel (CEPI), en donde se privilegie la participación colectiva y multidisciplinaria de los empleados, propiciando espacios de investigación, capacitación y formación para un sano intercambio de ideas y experiencias. Mediante la aplicación de una prueba piloto, que inició con la propuesta y presentación del proyecto a la Gerencia General y finalizó con la implementación de un grupo de trabajo que tendrá una experiencia directa con el uso del sistema de círculos de calidad. La finalidad de este trabajo fue comprobar que la aplicación de un sistema de Círculos de Calidad crea conciencia de calidad, productividad, promueve la participación, desarrollo y creatividad del capital humano.

Palabras claves: Círculos de calidad, plan piloto, control de calidad, modelo de gestión en salud, "Centro de la Piel" (Instituto dermatológico).

ABSTRACT

Centro de la Piel (CEPI) is a dermatological institute with academic and social character that arises with the purpose of providing health care quality making a space for patients to become major players in the recovery and maintenance of their skin health. Making a general overview within CEPI, was detected that it is not a quality control of attention processes, which leads to a waste of resources, where used more effort in solving problems than in planning. Models of management and continuous improvement have not been taught within the training plan, making impossible the application of these tools. Processes of care in the institution have not been standardized; there are currently no uprisings of procedures and activities. Communication channels have been a limiting factor for the correct development of daily activities in the Organization, this coupled with the absence of an organization chart where clearly identified and displayed line managers.

In an effort to determine a new vision within the company the subject of this thesis is to implement a quality control circles pilot which helps to improve health care and competitiveness of “Centro de la Piel” (CEPI), where collective and multidisciplinary participation of employees is emphasizes, providing opportunities for research, training and education for a healthy exchange of ideas and experiences; by applying a pilot, which began with presentation of the project proposal to the General Manager and ended with the implementation of a working group that will have a direct experience with the use of quality circles system. The purpose of this work was to verify that the application of a system of Quality Circles raises awareness of quality, productivity, promotes participation, development of human capital and creativity.

Keywords: quality circles, quality control, health management model, “Centro de la Piel” (Dermatological Institute).

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I	
1. Marco teórico	3
1.1. Marco Conceptual	3
1.1.2. Círculos de Calidad	3
1.1.2.1. Generalidades	3
1.1.2.2. Antecedentes	5
1.1.2.2.1. Origen de los Círculos de Calidad	5
1.1.2.2.2. Definición	5
1.1.2.2.3. Administración de Calidad Total (ACT) y CC en Hospitales	7
1.1.2.3. Características del Círculo de Calidad	9
1.1.2.4. Objetivos de los Círculos de Calidad.....	11
1.1.2.5. Actividades del Círculo de Calidad de Control de Calidad ...	12
1.1.2.5.1. Preparación para la Instalación de los CCC.....	13
1.1.2.5.1.1. Seminario para la Dirección	13
1.1.2.5.1.2. Evaluación y Decisión	13
1.1.2.5.1.3. Seminario para los Mandos Medios	13
1.1.2.5.1.4. Evaluación y Decisión	14
1.1.2.5.1.5. Comité de Estudio	14
1.1.2.5.1.6. Evaluación y Decisión	14
1.1.2.5.1.7. Participación del representante de los trabajadores	14
1.1.2.5.1.8. Enunciado de principios de la Dirección....	14
1.1.2.5.2. Instalación	15
1.1.2.5.3. Implementación	17
1.1.2.5.3.1. Comunicación de la información y proyecto al personal	18
1.1.2.5.3.2. Solicitud de Voluntarios	18
1.1.2.5.3.3. Constitución de los CCC y elaboración de	

un plan de actividades.....	18
1.1.2.5.3.4. Capacitación de los líderes y participantes	18
1.1.2.5.3.5. Arranque – Atacar el primer problema.....	20
1.1.2.5.3.6. Evaluación del CCC	23
1.1.2.6. Aspectos técnicos de los círculos de calidad	23
1.1.2.6.1. Ruta de la Calidad	23
1.1.2.6.2.- Las siete herramientas básicas de la calidad	24
1.1.2.7. Técnicas para los círculos de Control de Calidad	29
1.1.2.8. Focales de los Círculos de Calidad.....	32

Capítulo II

2. Marco Institucional.....	34
2.1. Perfil de la institución.....	34
2.1.1. Generalidades del Centro de la Piel (CEPI)	34
2.1.2. Actividades Principales	35
2.1.3. Target.....	36
2.1.4. Valores.....	36
2.1.5. Estructura Organizacional	37
2.2. Misión.....	37
2.3 Visión	37

Capítulo III

3. Análisis de Situación (PEST).....	38
3.1 Factores político y legales.....	38
3.2. Condiciones económicas	38
3.3. Factores sociales y culturales.....	39
3.4. Factores tecnológicos.....	40
4. Análisis de las fuerzas competitivas	41
4.1. Amenazas de nuevos entrantes	41

4.2. Requerimientos legales	41
4.3. Poder de negociación de los compradores o clientes	42
4.4. Amenazas de productos sustitutos	42
4.5. Poder de negociación de los proveedores o vendedores.....	42
4.6. Rivalidad entre los competidores	43
5. Análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenaza (FODA).....	43

Capítulo IV

6. Justificación	44
7. Objetivos	46
7.1. Objetivo General	46
7.2. Objetivos Específicos.....	46
8. Metodología.....	47
8.1. Diagnostico del área de atención médica en el centro de la piel (CEPI)	50
8.2. Implementación de un plan piloto en el área de atención médica, Específicamente en el proceso de realización de procedimiento Quirúrgico	53
8.3. Preparación de los CCC.....	54
8.4. Instalación del Comité Directivo	56
8.5. Presentación a los empleados sobre el plan piloto de CCC	56
8.6. Implementación del Primer CCC del CEPI	56
8.7. Arranque – atacar el primer problema: se crea el CC CMTEROL DE INSUMOS Y CIRUGÌAS	58

8.8. Presentación por parte del CCC (control de insumos quirúrgicos y cirugía del CEPI) del caso y del plan de contramedidas para aprobación de la gerencia.	64
8.9. Evaluación de efectividad del círculo de calidad del área quirúrgica.....	67

Capítulo V

9. Análisis de resultados	77
9.1. Resultados obtenidos con relación al objetivo general.....	90
9.2. Resultados obtenidos con relación a los objetivos específicos.....	91
10. Ventajas e inconvenientes suscitados con la aplicación del sistema de círculos de calidad	93

Capítulo VI

11. Conclusiones	96
12. Recomendaciones	99
Referencias	92
Anexos	102

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo las empresas han manejado sus negocios con ópticas limitadas; las necesidades por resolver problemas han sido planteadas principalmente a corto plazo y por los altos directivos quienes tienen en realidad una visión parcial de la empresa al no participar directamente con los clientes y no enfrentar las dificultades diarias que podría tener el recurso humano dentro de la organización. Producto de estas acciones los niveles de calidad se han mantenido por debajo de lo óptimo y la rentabilidad no mejora según las aspiraciones de la dirección. Tradicionalmente, la estructura jerárquica utilizada más comúnmente por las organizaciones tiende a ser del modelo piramidal, en donde se encuentra una cabeza en el alto mando, plasmando una estructura poco flexible, en donde no se da apertura a la participación en equipo, y las órdenes dictadas no involucran las opiniones de los empleados. En estos modelos, los trabajadores no se sienten involucrados en las decisiones importantes de sus trabajos diarios, ni en intervenir en acciones de mejora continua. El secreto de las compañías de mayor éxito en el mundo se basa en el concepto de Administración de Calidad Total (ACT), que nace en los Estados Unidos con el “management” y que fue importado y desarrollado por Japón posteriormente. Este concepto implica que la calidad sea considerada dentro de la filosofía de la empresa como fundamento importante para la mejora, manejando estándares altos de calidad tanto para el producto que se entrega como para el recurso humano que lo representa. Esta teoría busca además involucrar los objetivos y visiones de los colaboradores, creando un clima de cooperación y lealtad, generando relaciones a largo plazo. Emplea también el término de mejoramiento continuo, que brinda la oportunidad de ampliar los horizontes, buscar nuevas oportunidades de mejora, aumentar el nivel de competitividad, disminuir costos y buscar más beneficios que estén orientados a satisfacer las necesidades del cliente de la mejor manera posible. En la actualidad la búsqueda por la mejora continua de la calidad de una empresa, requiere permanente trabajo. Hoy en día los clientes se han vuelto más exigentes y la competencia de empresas que poseen el

mismo target es mucho más difícil. La adopción de la Administración de Calidad Total (ACT) debería considerarse como una acción estratégica de las organizaciones, implementando y mejorando la eficacia de los productos o servicios que brinda la institución para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos. La competencia no hace la diferencia solamente con precios; el cliente de hoy busca la calidad, la empatía, y el trato personalizado, acorde a sus necesidades. La clave no es sólo hacer que el cliente se sienta bien sino crear un vínculo mayor entre el cliente y la empresa. El éxito está en lograr la fidelización del cliente. Dentro del contexto que viven hoy las empresas prestadoras de servicios de salud, es imperativo incursionar en promover una atención con calidez y calidad, tomando en cuenta que el cambio ha empezado en el ámbito público, por lo cual a nivel privado no se puede dejar de tomar en cuenta este aspecto. Así mismo, con las nuevas políticas gubernamentales y los proyectos ya implementados sobre promover, dar a conocer los derechos del paciente para que se sientan empoderados y puedan empezar a exigir al sistema de salud que cubra sus necesidades. Es indispensable empezar a ver las necesidades desde la visión del propio paciente. Con el afán de determinar una nueva visión dentro la empresa el objeto de esta tesina es implementar un plan piloto de círculos de calidad que contribuya a mejorar la atención de salud y la competitividad del Centro de la Piel (CEPI), en donde se privilegie la participación colectiva y multidisciplinaria de los empleados, propiciando espacios de investigación, capacitación y formación para un sano intercambio de ideas y experiencias. Mediante la aplicación de una prueba piloto, la cual iniciará con la propuesta y presentación del proyecto a la Gerencia General y finalizará con la implementación de un grupo de trabajo que tendrá una experiencia directa con el uso del sistema de círculos de calidad. La finalidad de este trabajo es comprobar que la aplicación de un sistema de Círculos de Calidad cree conciencia de calidad, productividad, promueva la participación, desarrollo y creatividad del capital humano de la misma. Con lo cual a futuro se podrá a una administración de CALIDAD TOTAL.

Capítulo I.

1. Marco teórico

1.1. Marco conceptual

1.1.2. Los círculos de calidad

1.1.2.1 Generalidades

A través del tiempo las empresas han manejado sus negocios con ópticas limitadas, producto de estas acciones los niveles de calidad se han mantenido por debajo de lo óptimo, y la rentabilidad no mejora según las aspiraciones de la dirección.¹

El secreto de las compañías de mayor éxito en el mundo se basa en el concepto de Administración de Calidad Total (ACT), lo que implica que la calidad sea considerada dentro de la filosofía de la empresa como fundamento importante para la mejora, manejando altos estándares de calidad tanto para el servicio que se entrega como para el recurso humano que lo representa. Esta teoría busca además involucrar los objetivos y visiones de los colaboradores; creando un clima de cooperación que genere relaciones a largo plazo.

Emplea también el término de mejoramiento continuo, que brinda la oportunidad de ampliar los horizontes, buscar nuevas oportunidades de mejora, aumentar el nivel de competitividad, disminuir costos y buscar más beneficios que estén orientados a satisfacer las necesidades del cliente de la mejor manera posible.¹

En la actualidad la búsqueda por la mejora continua de la calidad de una empresa, requiere permanente trabajo. Hoy en día los clientes se han vuelto más exigentes y la competencia de empresas que poseen el mismo target es

mucho más difícil. La adopción de la Administración de Calidad Total (ACT) debería considerarse como una acción estratégica de las organizaciones, implementando y mejorando la eficacia de los productos o servicios que brinda la institución para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos. La competencia solamente con precios no hace la diferencia; el cliente de hoy busca la calidad, empatía, trato personalizado acorde a sus necesidades.^{1,3}

La clave no es sólo hacer que el cliente se sienta bien sino crear un vínculo mayor entre el cliente y la empresa. El éxito está en lograr la fidelización del cliente.¹

La alta calidad no se logra solo con la capacitación del directorio, sino que se vuelve totalmente necesaria la capacitación y participación del recurso humano de primera línea que tiene el contacto directo con el cliente y con la entrega del servicio. Se vuelve fundamental el compromiso de cada empleado con su trabajo y el deseo de que mejoren sus actividades. El empleado deja de actuar como un ser pasivo dentro de la empresa, posteriormente se capacita y se empodera de sus actividades. Empieza a tomar decisiones que faciliten su labor dentro de la empresa, que elimine dificultades, mejoren el ambiente de trabajo con lo cual finalmente mejoran sus procesos y sus servicios.

De esta manera, con compromiso y de forma voluntaria los empleados empiezan a organizar grupos de trabajadores dirigidos por sus propios supervisores. Los Círculos de Control de la Calidad (CCC) son una herramienta institucional utilizada como respuesta a la necesidad de incluir a todo el personal en busca de su desarrollo y de la mejora continua de cada uno de los aspectos de su trabajo, para lograr un mejoramiento global de la calidad. Además los CCC sirven para incrementar la habilidad de la gente para resolver problemas en instituciones que han o no introducido la ACT como su principal directriz gerencial.¹ En un estudio efectuado en una empresa manufacturera se compararon las actitudes y desempeño de seis círculos de calidad con un

grupo equivalente de trabajadores no involucrados en esa práctica. La participación en círculos de calidad influyó favorablemente en las actitudes de los empleados ante la toma de decisiones, la comunicación grupal y la sensación de haber realizado algo valioso. La productividad se elevó en 23%, contra un incremento de 2% en el grupo de control.² El ausentismo disminuyó de forma estable en el grupo de círculos de calidad, a un nivel inferior al 27% del índice inicial, mientras que en el grupo de comparación mostró un comportamiento errático.²

El método de los círculos de calidad contribuye a que los empleados experimenten poseer cierta influencia en la institución aun si no todas sus recomendaciones son aceptadas por la alta dirección.

Los Círculos de Control de Calidad se han extendido no sólo a empresas productoras de bienes, sino también a las que brindan servicios. En Latinoamérica todavía los CCC se están empezando a implementar. En Ecuador existen casos como Indurama, empresa de electrodomésticos, que hace poco cumplió 20 años de manejar los CCC exitosamente en función de elevar el nivel de competitividad.¹⁴

1.1.2.2. Antecedentes:

1.1.2.2.1. Origen de los Círculos de Calidad

Hasta mediados de 1950 los productos japoneses eran considerados productos baratos pero de mala calidad. Sin embargo hacia 1980 los productos hechos en Japón eran conocidos por su alta calidad y confiabilidad en los mercados del mundo. Es por tanto de gran relevancia conocer que pasó durante estas tres décadas en Japón y cómo surgió esta nueva fama de los productos japoneses.^{1, 3,4}

La Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE) organizada en 1946, desempeñó un importante papel en la capacitación de los gerentes e ingenieros en el tema de la calidad. En 1949 organizó un Grupo para la Investigación Sobre el Control de Calidad, al cual se le encomendó la tarea de estudiar y obtener información sobre el control de calidad en el ámbito internacional para reorientar y reconstruir a la industria japonesa, que habían quedado devastada después de la Segunda Guerra Mundial, cómo mejorar la calidad de los productos de exportación y cómo elevar el nivel de vida del pueblo japonés.^{1, 3,4} En 1962, el profesor Kaoru Ishikawa invitó a una serie de empresas japonesas a participar en un experimento. Las empresas deberían permitir que sus empleados se sienten con un supervisor para estudiar el control de calidad en las actividades regulares. Aunque parezca increíble, sólo una empresa estuvo dispuesta a salir de la normativa que se manejaba esos días y dar un paso audaz y hacer lo que el profesor Ishikawa sugería. Esa empresa japonesa fue Nippon Telephone & Telegraph, y el grupo que ellos comenzaron posteriormente fue conocido como Círculo de Control de Calidad. Desde entonces, se estima que 15 millones de trabajadores japoneses se han convertido en miembros de los círculos de control de calidad.^{3, 4} En los Estados Unidos, el primer círculo de control de calidad se registra a partir del año 1974. La Lockheed Missile & Space Company y la Honeywell fueron las primeras en utilizar este método.^{3, 4} El plan de calidad se debe reflejar en todos los aspectos de la compañía y que todos estén dispuestos a trabajar para mejorarlo. Es importante desde este punto de vista, que cada uno de los empleados conozca y entienda claramente la misión, visión y los valores de su empresa. El camino hacia la Calidad Total requiere el establecimiento de una filosofía de calidad, crear una nueva cultura, mantener un liderazgo, desarrollar al personal y trabajar en equipo, desarrollar a los proveedores, tener un enfoque al cliente y planificar la calidad.

1.1.2.2.2. Definición:

La oficina Central de círculos de control de calidad de la JUSE, que sirve como centro para la educación continua, define el círculo como “un grupo pequeño de empleados de primera línea, quienes controlan y mejoran continuamente la calidad de su trabajo, de sus productos y servicios; operan de manera autónoma y utilizan los conceptos, herramientas y técnicas del control de calidad”. El círculo de calidad es un grupo de empleados voluntarios de una unidad específica de la empresa, que realizan un trabajo igual o similar, que tiene una formación técnica y administrativa; que se reúne voluntaria y periódicamente bajo la dirección de su superior jerárquico, para definir, analizar y resolver los problemas que atañen a su unidad. Los círculos de calidad dan a sus miembros la oportunidad de desarrollar su pensamiento creativo al enfrentarse a mayores exigencias de su clientela y por lo tanto buscar maneras de hacer su trabajo.^{1, 3,4}

1.1.2.2.3. ACT (administración de calidad total) y CCC en hospitales

Algunas personas tienden a pensar que la ACT y los CCC son herramientas gerenciales para las empresas que producen bienes, es decir, el sector manufacturero. Algunas perciben que estas disciplinas sólo son relevantes para las organizaciones lucrativas. Otras pueden sentir que sólo las grandes empresas pueden adoptar completamente la ACT y los CCC en forma fructífera. Todas estas percepciones son un malentendido.

La ACT ha sido adoptada ampliamente por el sector servicio, por las pequeñas y medianas empresas, por instituciones del sector público y por organizaciones que no persiguen fines de lucro de una forma exitosa.

En el MANUAL DE ADMINISTRACIÓN DE CALIDAD TOTAL Y CIRCULOS DE CONTROL DE CALIDAD VOLUMEN 1, se expone una muestra de cómo una institución del sector salud aceptó el reto de adoptar ACT y CCC, como un

buen ejemplo de la relevancia de estas disciplinas fuera del ámbito manufacturero.^{1,2} Las funciones diarias en los hospitales parecen beneficiarse de la asimilación de las actividades de mejora a través de pequeños círculos. Hay bastantes unidades pequeñas en los hospitales, cada una de las cuales establecen modos estándares de trabajar y donde se requiere un trabajo de equipo estrechamente coordinado en todo momento, particularmente ante las urgencias. Además, la mayoría de las unidades trabajan directamente con los pacientes (clientes), las 24 horas del día. En los hospitales se observó un número creciente de accidentes en los que estuvieron involucrados médicos, enfermeras y paramédicos. Algunos condujeron a la muerte traumática de los pacientes y otros ocasionaron serios problemas de salud, de manera inmediata en algunos casos y años después en otros. Debido a esto la preocupación por la calidad en el sector salud ha venido creciendo en Japón en el transcurso de los últimos diez años.^{1, 6, 7} En tanto que los errores humanos crecen en número, se ha concientizado que son previsibles si se asegura siempre la administración de la calidad como un factor crucial en las operaciones hospitalarias.^{6,7,8} El Sr. Kitajima, Director y Secretario Administrador del Hospital General PL, de Osaka, Japón, refiere que un servicio médico de calidad significa “calidad en cada operación y en el sistema en que se organizan”. Por lo tanto, “la mejora en la calidad de los servicios médicos significa mejorar la calidad de cada operación y tiene que lograrse mediante la participación de todos los empleados involucrados en ella”. (Kitajima 2003).¹

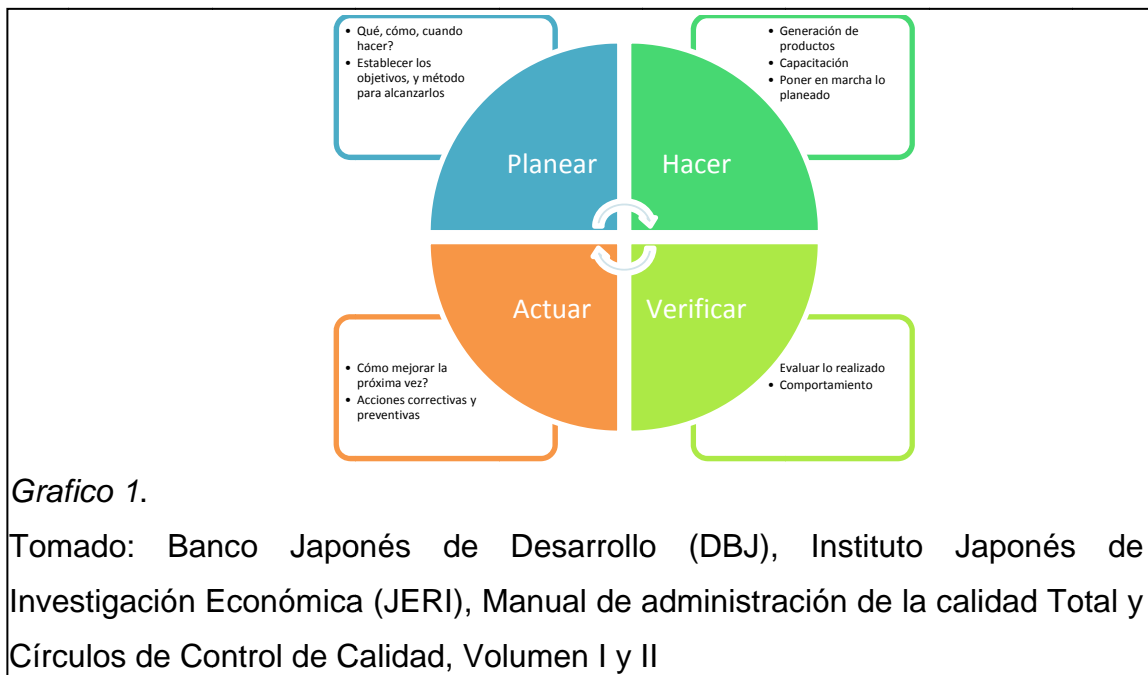
Los aspectos específicos de las actividades de un hospital, donde cada empleado tiene su propia especialidad, han hecho que sea difícil de definir la calidad en su trabajo cotidiano. En el caso de Japón, la estructura organizacional de los hospitales es jerárquica y el personal casi no se comunica horizontalmente. Por lo tanto, de acuerdo con el Hospital Azo Isuka de la prefectura de Fukukoa, muchos de los hospitales japoneses ahora padecen de problemas gerenciales y operativos. La introducción de la ACT y los CCC podría desempeñar un papel vital para la mejora en este sentido.

Precisamente por estos beneficios potenciales, la ACT se ha ido introduciendo gradualmente en los hospitales de Japón. ^{1, 8, 7}

1.1.2.3. Características del círculo de calidad

- **Grupo pequeño**
 - 3 a 10 VOLUNTARIOS
 - Deben trabajar en una misma área, y bajo el mismo supervisor.
 - Experiencias, ambiente, lenguaje, problemas similares.
 - Meta común.
 - Permite participación de todos los miembros del círculo.
 - Reuniones periódicas

- **Control y mejora continuos de la calidad del trabajo, de productos y de servicios**



- Se emplea el concepto de PHVA
 - Planear → Hacer → Verificar → Actuar →
- El cliente jamás está satisfecho

- Plan de mejora continua
 - Se resuelve un problema y se pasa a resolver el siguiente.
- **Operación autónoma¹**
 - Círculos resuelven los problemas de sus propias áreas.
 - Libertad de escoger el problema, recolectar datos para establecer el por qué, analizar causas, encontrar soluciones, decidir cuál es la mejor solución, planear su ejecución, confirmar que el nuevo procedimiento se realice según lo planeado y demostrar si la solución ha sido efectiva.
 - La gerencia debe conocer las resoluciones y el resultado de lo analizado en el círculo de calidad. El círculo deberá vender sus ideas a la gerencia y aplicar las soluciones una vez la gerencia lo apruebe.
- **Utilización de los conceptos, herramientas y técnicas de control de calidad.¹**
 - Para demostrar la existencia de un problema se debe trabajar con datos objetivos.
 - Es por lo tanto importante guiarse en herramientas estadísticas simples para la recopilación de datos.
- **Auto-Desarrollo¹**
 - Desarrollo de las capacidades y potencialidades de cada uno de sus miembros
 - Buenas relaciones personales, habilidades analíticas, adquirir nuevos conocimientos.

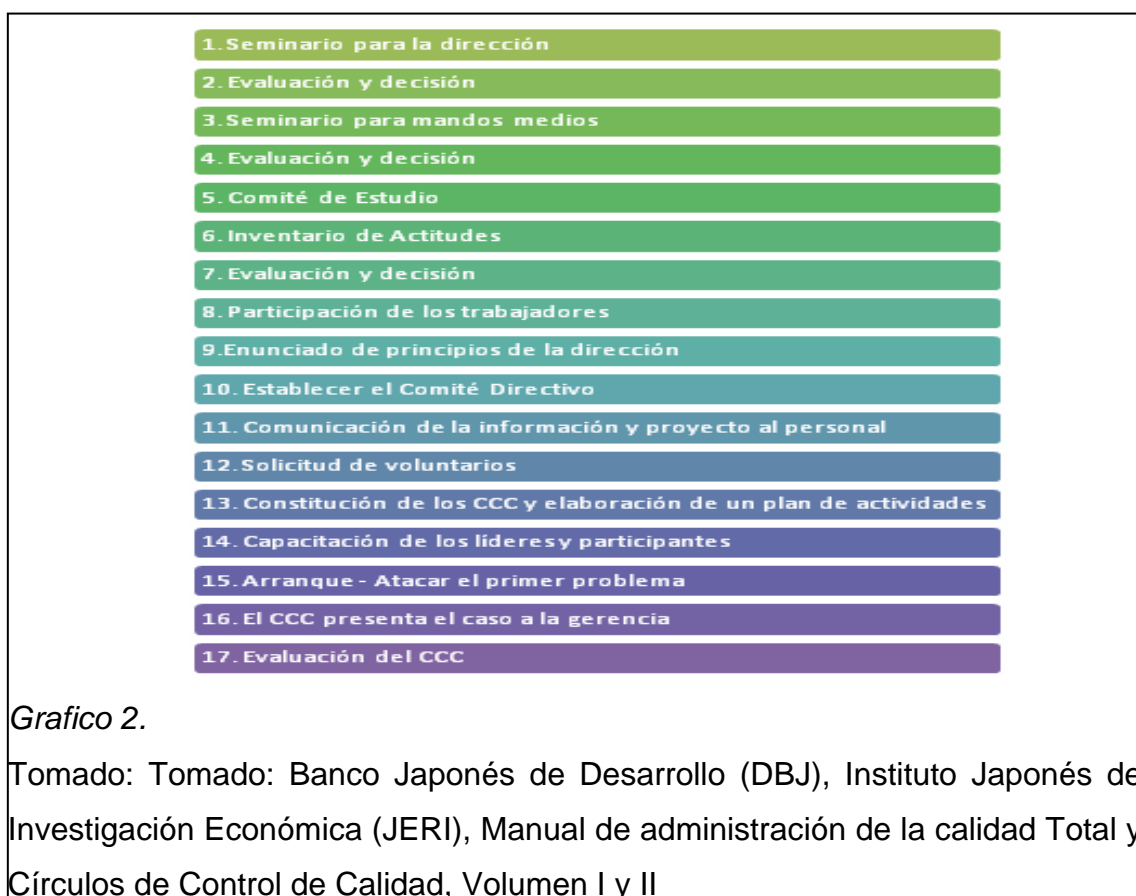
- Todo aquel que participa en un programa de Círculos de Calidad recibe formación o información acorde con el grado de participación que tenga en el sistema.

1.1.2.4. Objetivos de los círculos de calidad^{1,2,10,11}

- **Establecer un ambiente de trabajo agradable**
 - Mejorar el ambiente en la dimensión psicológica, que se puede medir por encuestas de clima laboral.
 - Mejorar el ambiente en la dimensión física: orden, limpieza.
 - Lograr que el ambiente de trabajo sea más apto para el desarrollo de la inteligencia y la creatividad del trabajador.
- **Establecer un estado de control**
 - Establecer normas y estándares dentro de la organización.
 - Crear la capacidad de resolver problemas.
- **Mejorar la moral (motivación)**
 - Aprovechar y potenciar al máximo todas las capacidades del individuo.
 - El factor humano es el activo más importante y decisivo con que cuenta la empresa. Su potenciación constante provoca un efecto multiplicador cuyos resultados suelen sobrepasar los cálculos y estimaciones más optimistas.
 - Promover el empoderamiento e involucramiento en el trabajo.
 - *“La moral debe mejorar como consecuencia natural de tomar parte en las actividades” Ishikawa 1981.³*
- **Establecer relaciones humanas sanas**
 - Desarrollar relaciones armoniosas entre jefes y subordinados
 - Desarrollar relaciones humanas entre los miembros del círculo.

- Aprender destrezas interpersonales a través de la discusión con otros miembros.
- **Mejores ingresos**
 - La mejora en la calidad conlleva mejores ingresos, sin embargo no son incrementos directos.
 - Los beneficios de los círculos pueden medirse por impactos tangibles e intangibles.
- **Mejor aseguramiento de la Calidad**
 - No se trata únicamente de aumentar la cifra de ventas sino de crecer en calidad, innovación, productividad y servicio al cliente.
 - Reducir los errores y aumentar la calidad.

1.1.2.5 Actividades del círculo de control de calidad



1.1.2.5.1. Preparación para la instalación de los CCC:

La implantación de un programa de círculos, debe planearse cuidadosamente, si se desea que sea exitosa. No puede dejarse a la casualidad, porque si se fracasa en la introducción, el efecto negativo sobre las personas será duradero. Hay experiencias de empresas, que demuestran cómo la gente se niega a participar en nuevos intentos. (*Manual de de administración de calidad total y círculos de control de calidad vol. II*). Kaname Okada, jefe del programa Japón, banco internacional de desarrollo- ver ANEXO No2.).¹

1.1.2.5.1.1. Seminario para la dirección

La Gerencia debe estar consciente de la importancia de establecer un plan de Administración Total de Calidad dentro de la organización, debe desarrollar una comprensión realista de lo que significa y cómo funcionan los CCC, por lo tanto debe buscar la forma de aprender y capacitarse para llevar a cabo los CCC.

Es importante que la misión y la visión de la empresa estén claramente establecidas para que todos puedan caminar en una misma dirección, y que la creación de los CCC responda a las necesidades de la institución.

La condición más importante para el desarrollo de los CCC es el involucramiento de la alta dirección. Una implementación “a medias” de los CCC dejará un ambiente de desgano y desinterés en los empleados.¹

1.1.2.5.1.2. Evaluación y decisión

- Los altos mandos deciden si se implementa o no los CCC.

1.1.2.5.1.3. Seminario para mandos medios^{1,2}

- Los supervisores de cada área deben participar activamente y entender la concepción total del proyecto. Es de suma importancia

que concienticen sobre la relevancia de su participación como guías y participantes del CCC.

1.1.2.5.1.4. Evaluación y decisión ¹

- Decisión de los supervisores en participar activamente en la implementación y como miembros de los CCC.

1.1.2.5.1.5. Comité de Estudio

- Se forma un Comité de Estudio formado por la gerencia, supervisores para evaluar en qué medida la empresa está lista.

La principal función de este comité es crear un *Inventario de actitudes del personal*.¹

Inventario de Actitudes: Consiste en crear un perfil de la organización, valorar si la filosofía de la empresa es conocida por todos, conocer el clima laboral y la satisfacción del personal que forma parte de la empresa.¹

1.1.2.5.1.6 Evaluación y decisión

- Se evalúan las probabilidades de éxito de la implementación de los CCC dentro de la empresa.¹

1.1.2.5.1.7. Participación del representante de los trabajadores

- Para el éxito de los CCC una reacción positiva por parte de los trabajadores es indispensable.¹

1.1.2.5.1.8. Enunciado de principios de la dirección

- La alta gerencia debe anunciar y justificar su decisión de implementar los CCC dentro de la organización.¹

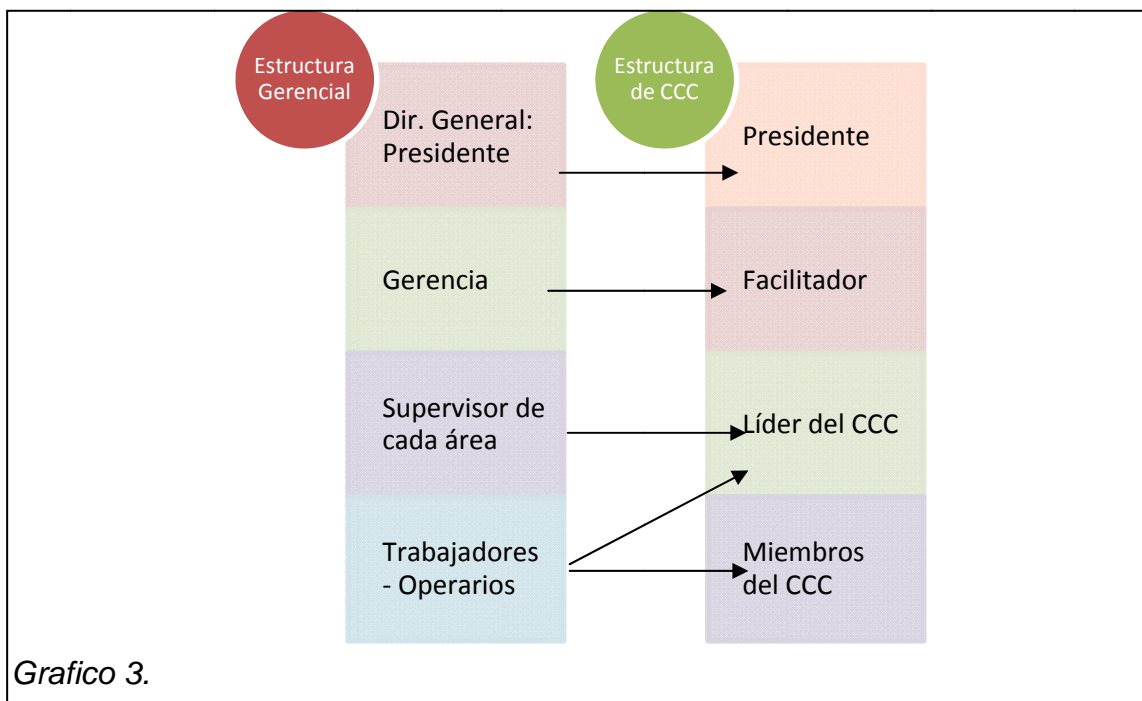
1.1.2.5.2. Instalación:^{1,2}

Establecer el Comité Directivo

Organización Interna: Es necesario establecer un equipo encargado de los CCC dentro de la institución, se busca formar un Comité Directivo que guíe y supervise la implementación de los CCC.

El Comité Directivo está formado de la siguiente manera:

- Presidente
- Facilitador
- Líder del CCC



Las funciones del Comité Directivo son: ^{1,2}

- Definir la meta de la empresa al implementar los CCC
- Formular el plan de implementación
- Coordinar actividades y procedimientos dentro de los CCC
- Manejar la documentación y registros de las juntas y los casos
- Formular el plan para evaluar los CCC

- Definir el perfil de los facilitadores
- Dar capacitación a los facilitadores
- Asistir y motivar a los líderes

El ò los facilitadores, representan un elemento clave, al ser el encargado de asesorar y enseñar las metodologías que se usan en los CCC.

El facilitador puede ser asignado a varios CCC, y se deberá escoger el número de facilitadores dependiendo del tamaño de la institución.

Sus funciones son:

- Elaborar conjuntamente con el resto de miembros del Comité Directivo el plan de implementación de los CCC.
- Informar a la alta gerencia sobre la actividad y logros obtenidos por los CCC
- Coordinar a los líderes y asistirlos en las primeras reuniones hasta que se sientan preparados para dirigirlos por sí mismos.
- Coordinar las capacitaciones
- Asistir y motivar a los líderes en los CCC
- Organizar las actividades y la presentación de los casos
- Organizar las capacitaciones.
- Cumplir la función de asesor en las reuniones de Círculos, o para los miembros de los mismos, en todo lo tocante a su funcionamiento.
- Facilitar a los Círculos los elementos que necesiten para su desarrollo: proyectores, pizarras, etc.

Se recomienda que el facilitador tenga facilidad de comunicación, y sepa negociar con la gente, manejar las relaciones interpersonales con discreción y diplomacia, además que posea conocimiento sobre relaciones humanas, herramientas estadísticas y empresariales, que sea constante, ordenado y con capacidad de organización y mando. La participación en los CCC es voluntaria, lo que permite que cualquier persona de la organización pueda participar,

contribuir con sus ideas y *ser líderes de los CCC*. Al implementarse por primera vez un círculo es recomendable que el supervisor sea el líder. Sin embargo al irse desarrollando más actividades los miembros del círculo pueden escoger por votación un líder o bien decidir ir rotando la posición del mismo, por ejemplo: “líderes de tema”, con el fin de no crear un ambiente “dictatorial” y permitir el desarrollo de todos los miembros.

Sus funciones son: ^{1, 2, 3, 5}

- Abrir, dirigir y moderar las juntas
- Es importante la capacidad de líder de mantener la discusión dentro de lo planeado, comprometer a la gente con el trabajo dentro de los CCC y asegurarse que todos entiendan el objetivo por el que están trabajando.
- Decidir los roles del resto de miembros del CCC
- Aprender técnicas de cómo llevar a cabo los CCC
- Establecer un plan de actividades, organizar las juntas.
- Dominar y enseñar las herramientas usadas en los Círculos de Calidad.
- Administrar eficientemente las reuniones del Círculo
- Abstenerse de decir a los miembros del Círculo lo que tienen que hacer.
- Esforzarse por mantener un estilo y espíritu democrático y plenamente participativo

1.1.2.5.3. Implementación:^{1,2,3}

La implementación ya propiamente dicha de los CCC se lo debe hacer en menor escala, es decir con un plan piloto, y son los supervisores los que al principio estarán al frente de las actividades. Se debe capacitar a los miembros del CCC, escoger el primer problema, resolverlo, presentarlo a la gerencia y evaluar lo hecho.

1.1.2.5.3.1. Comunicación de la información y proyecto al personal

- Se la debe realizar por medio de reuniones o folletos para que todos conozcan y se comprometan con el desarrollo de los CCC.
- Es importante que todos los trabajadores de la empresa sepan hacia donde van y cuáles son los objetivos de la misma.

1.1.2.5.3.2. Solicitud de voluntarios

El supervisor puede realizar este proceso mediante formularios de adhesión. Los voluntarios deberán entender que es un CCC, la razón de la importancia de su implementación, los beneficios que éstos pueden traer tanto para la empresa como para su auto-desarrollo y la forma en que participarán dentro del CCC.

1.1.2.5.3.3. Constitución de los CCC y elaboración de un plan de actividades

Con tres o cuatro voluntarios se puede establecer el primer CCC. Éste deberá ser registrado. (Anexo 3)

Se debe establecer de igual manera un calendario de actividades a desarrollar dentro de los CCC. (Anexo 4)

1.1.2.5.3.4. Capacitación de los líderes y participantes

Se debe establecer un programa de estudios. Estas reuniones de capacitación son sesiones diferentes a las del desarrollo propiamente de los CCC. Se recomienda que estas reuniones se realicen en la mañana por un lapso de 2 horas.

Temas que deben enseñarse:



Grafico 4.

Tomado: Banco Japonés de Desarrollo (DBJ), Instituto Japonés de Investigación Económica (JERI), Manual de administración de la calidad Total y Círculos de Control de Calidad, Volumen I y II

Los objetivos principales de la capacitación son:

- Conocer el proceso de los círculos de calidad y las ventajas que conlleva tanto para ellos como para la empresa.
- Despejar cualquier temor o duda que puedan tener acerca de los círculos de calidad.
- Ganar mayor número de voluntarios para las actividades de los círculos de calidad.
- Prepararlos para desempeñar su papel como miembros de su círculo de calidad.
- Enseñar técnicas para solucionar problemas en grupo.
- Estimularlos para que sientan el empoderamiento dentro del círculo y su nivel de responsabilidad y compromiso con los círculos se eleve.

Además es importante presentar un cronograma de cómo se llevará a cabo el programa de capacitación. (Anexo 5)

1.1.2.5.3.5. Arranque - Atacar el primer problema ^{1,3}

El CCC es un grupo que busca solucionar problemas y mejorar la competitividad de una empresa. La solución de los problemas consiste en una secuencia de pasos y técnicas que se nombran a continuación:

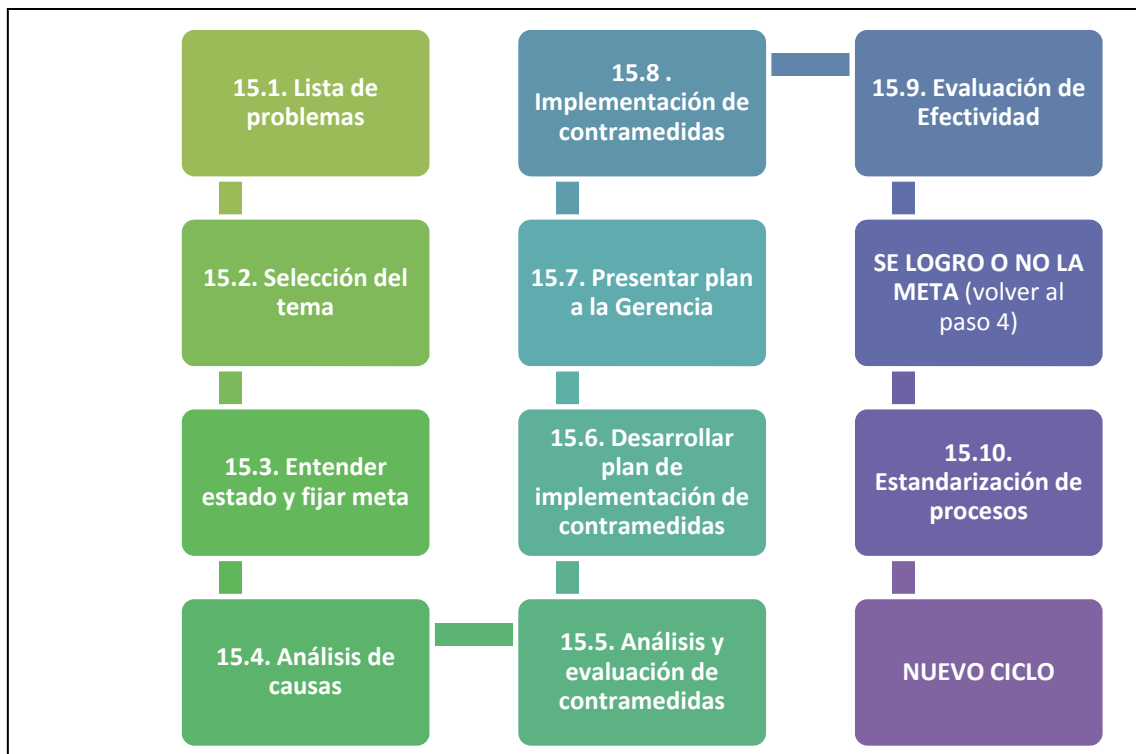


Grafico 5.

Tomado: Banco Japonés de Desarrollo (DBJ), Instituto Japonés de Investigación Económica (JERI), Manual de administración de la calidad Total y Círculos de Control de Calidad, Volumen I y II

- Lista de problemas: Se emplea normalmente la técnica básica como la lluvia de ideas para obtener un listado amplio que permita dar una visión acorde a la situación actual de la organización.
- Selección del tema: Se recomienda que el primer problema que vaya a ser abordado sea sencillo, para que el círculo pueda resolverlo en un tiempo corto. Escoger un tema identificable para mejora de la empresa.

- Entender estado y fijar meta: Es una de las principales funciones del líder hacer que todos los miembros del CCC entiendan el problema con claridad, y se comprometan en alcanzar un objetivo que se definirá por ellos mismos. Usar datos para definir meta cuantitativamente.
- Análisis de causas: Hay que buscar el origen del problema seleccionado, para esto es importante una recolección y análisis adecuado de los datos que llevará a un consenso sobre cuál es la causa más probable (causa raíz) del problema.
¿Cuál es el problema? ¿Dónde y cuándo se produce?
Uso de las 7 herramientas del control de la calidad y otras técnicas de los CCC (más adelante se detallan).^{1, 3,11}
- Análisis y evaluación de contramedidas: Igualmente con la ayuda de la lluvia de ideas u otras técnicas se puede relacionar un listado de las posibles soluciones.
- Desarrollar plan de implementación de contramedidas: Con los datos disponibles, se llega a un consenso sobre qué solución parece la más adecuada. Realizar un plan conforme a un cronograma.
- Presentar plan a la Gerencia: Es importante presentar dentro del plan los beneficios que se esperan obtener al implementar las contramedidas establecidas.
- Implementación de contramedidas: Dentro del CCC es importante definir qué miembros estarán a cargo de cada medida correctiva y el plazo para llevar a cabo cada tarea.
- Evaluación de Efectividad: Recoger y analizar la información sobre los resultados que se esperan con la contramedida y compararlos con los objetivos fijados dentro del CCC. Es importante realizar un seguimiento

no sólo a corto plazo, sino planificar uno a largo plazo. Se pueden identificar resultados **tangibles**, es decir que pueden cuantificarse, y resultados **intangibles** de tipo cualitativo, como cuando mejora el ambiente de trabajo.

- Estandarización de procesos: Es importante reconocer el logro de la unidad que solucionó problemas y optimizó herramientas en su trabajo, pero además ciertos procedimientos no sólo son aplicables a una sola área y es importante tomar en cuenta la posibilidad de expansión hacia otras. Cuando el CCC se sienta listo para utilizar las herramientas estadísticas y de la calidad, podrán empezar con el desarrollo de las actividades propias del CCC. El círculo se reúne durante el primer año dos veces al mes, en juntas que duran aproximadamente una hora.¹
- El CCC presenta el caso a la gerencia: La presentación para la gerencia sirve tanto como para obtener la aprobación por parte de ella para realizar alguna actividad, es decir, vender sus ideas, o para informarle sobre sus esfuerzos en la mejora de procesos. El CCC se enorgullece de sus logros y la gerencia agradece las contribuciones y los alienta para ir en busca de otras mejoras. La presentación dura alrededor de 15 minutos en grupos experimentados, hasta 30 minutos en grupos recién instalados.

Posterior a la presentación habrá un foro en el que la gerencia buscará aclarar los puntos que considere. El CCC debe tener su objetivo claro al realizar la presentación, por ejemplo que al final de la exposición se tome una decisión o exista un nuevo compromiso. Es importante exponer las ideas de manera que la gerencia vea los beneficios que pueden obtener si se implementan las ideas que el CCC propone.¹

El CCC se deberá presentar ante la gerencia de la siguiente manera:¹

Tabla 1.

	Nombre del CCC:		
Registro de Grupo#	--	Fecha de creación	--
Miembros	--	Juntas celebradas por mes	--
Edad promedio	--	Duración de las juntas	--
Edad máxima	--	Horario de las juntas (dentro/fuera de trabajo)	--
Edad mínima	--	# de temas abordados	--
Nombre de la oficina			

1.1.2.5.3.6. Evaluación del CCC

Para la evaluación de los CCC se usan listas de verificación, que evaluarán tanto al CCC, como a los facilitadores, líderes y miembros. Ésta corresponde a una autoevaluación. (Anexo 6)

1.1.2.6. Aspectos técnicos de los círculos de calidad^{1, 13, 3,}

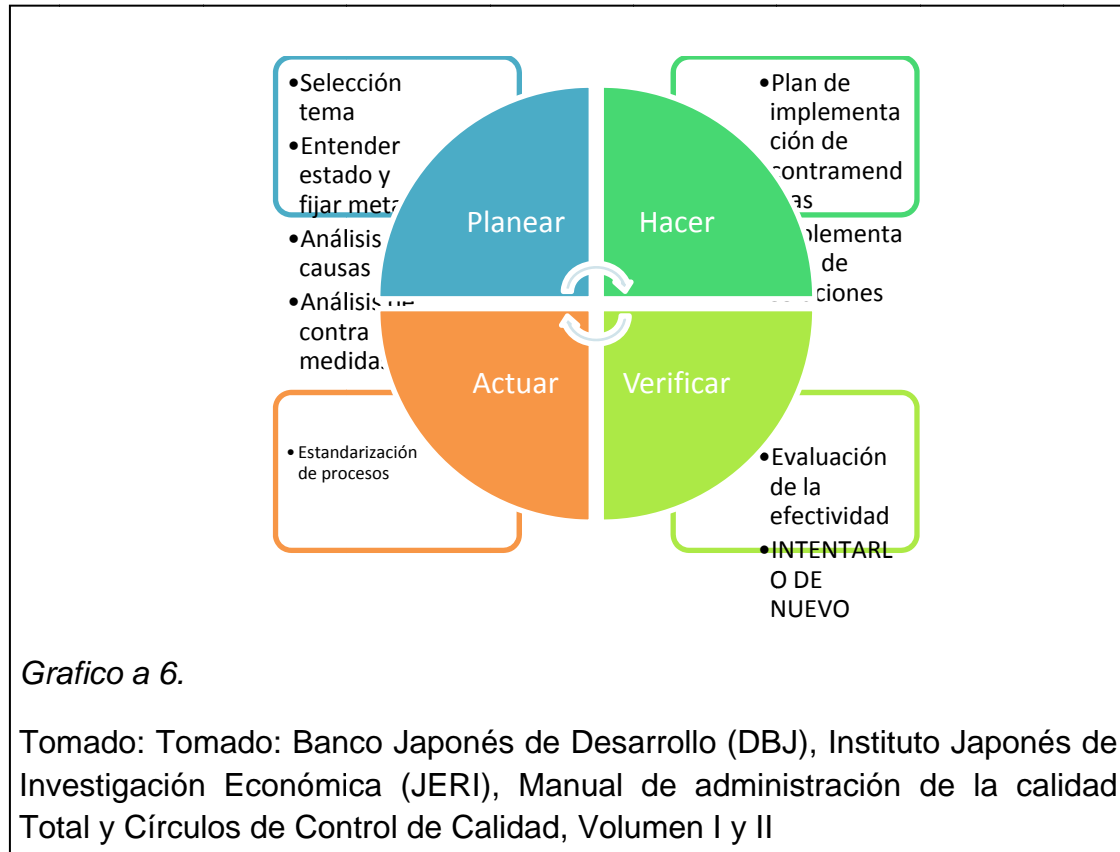
- Las técnicas principales y básicas que se utilizan en este contexto son:

1.1.2.6.1. Ruta de la Calidad^{1,4,5}

La Ruta de la Calidad comprende el proceso de resolución de problemas, esto se lo hace siguiendo en forma sistemática el ciclo de PHVA.

Sirve para resolver tanto problemas que aparecen de forma imprevista, como aquellos problemas crónicos

Esta ruta permite que la toma de decisiones para resolver un problema sea basado en datos objetivos, y no en juicios que se emiten basados en experiencias propias y emociones.



1.1.2.6.2. Las Siete Herramientas Básicas de la Calidad^{1,2,3,4}

Para la toma de decisiones y resolución adecuada de los problemas es necesario basarse en hechos y datos, y no dejarse llevar por la experiencia o por la audacia. Es por esto que es necesario familiarizarse con herramientas estadísticas y procesos estandarizados cuando se busca solucionar problemas. Existen Siete Herramientas Básicas que se usan con el fin de mejorar la Calidad y como soporte para el análisis y solución de problemas operativos en los más distintos contextos de una organización.

Las Siete Herramientas sirven para:

- Detectar problemas.
- Delimitar el área de la problemática.
- Estimar factores que probablemente provoquen el problema
- Prevenir errores debido a omisión, rapidez o descuido
- Confirmar los efectos de mejora
- Detectar desfases
- Recolectar, resumir y analizar datos

Bien aplicadas estas herramientas, pueden ser capaces de resolver el 95% de los problemas

- **Muestreo Estratificado**

Herramienta estadística que clasifica todos los elementos posibles que participen dentro de un proceso determinado, es decir que tengan afinidad para analizarlos y determinar causas comunes de su comportamiento.

Para realizar un muestreo estratificado debemos:

- Conocer nuestro objetivo al estratificar.
- Definir qué elementos se van a estratificar
- Método para la recolección de datos
- Verificar y comparar los datos estratificados

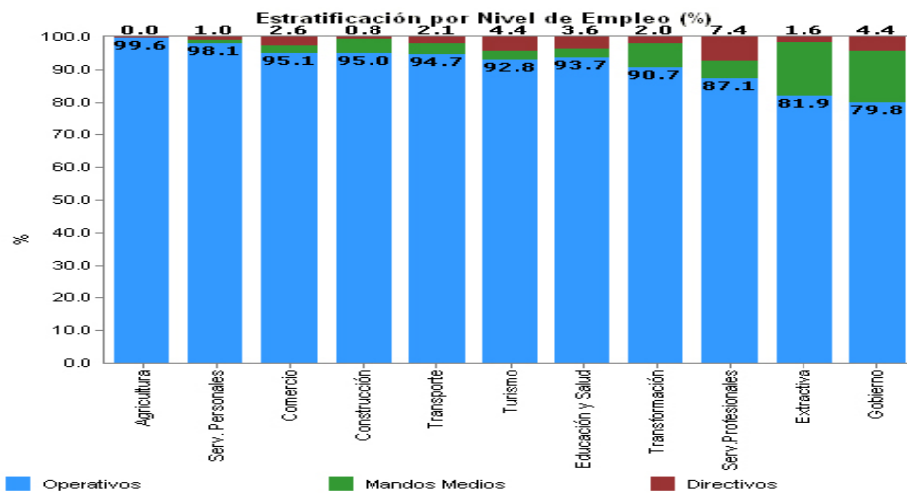


Gráfico 7.

Tomado: Tomado: Banco Japonés de Desarrollo (DBJ), Instituto Japonés de Investigación Económica (JERI), Manual de administración de la calidad Total y Círculos de Control de Calidad, Volumen I y II

Las categorías típicas de estratificación son:

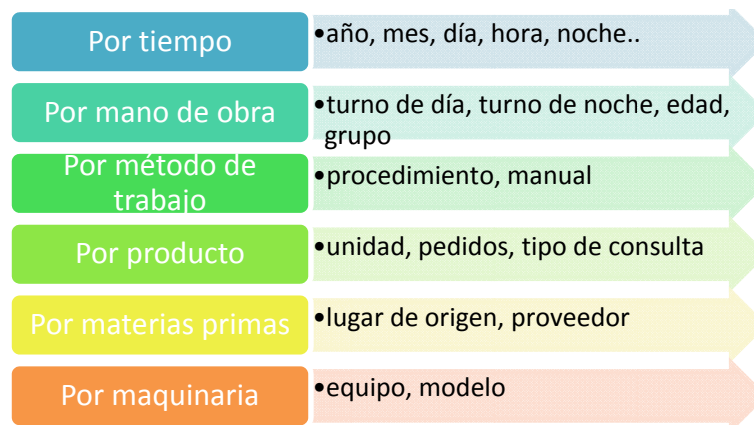


Gráfico 8.

Tomado: Tomado: Banco Japonés de Desarrollo (DBJ), Instituto Japonés de Investigación Económica (JERI), Manual de administración de la calidad Total y Círculos de Control de Calidad, Volumen I y II

- **Diagrama de Pareto (Curva 80-20 o Distribución C-A-B)**^{1,2,11}

Forma gráfica de barras con los elementos colocados en orden descendente y de izquierda a derecha, para asignar un orden prioridades. El diagrama separa los **pocos vitales** (mayor importancia) de los **muchos triviales**. Además puede ser utilizado para comparar las condiciones a lo largo de un período de tiempo.

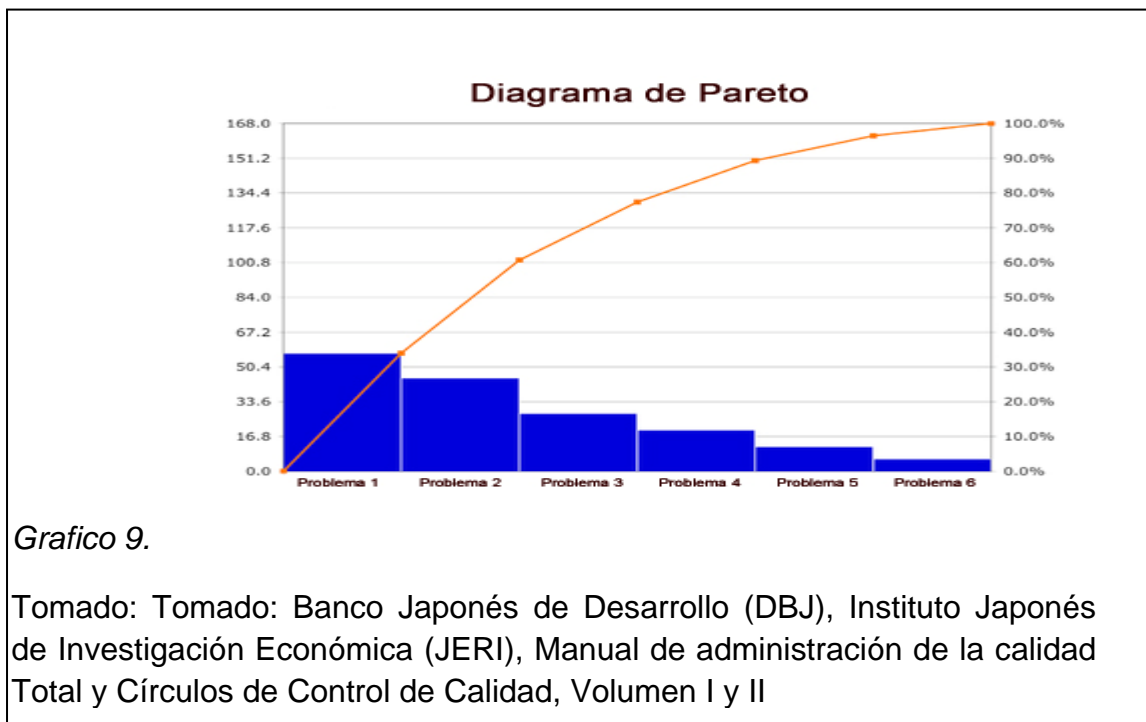


Grafico 9.

Tomado: Tomado: Banco Japonés de Desarrollo (DBJ), Instituto Japonés de Investigación Económica (JERI), Manual de administración de la calidad Total y Círculos de Control de Calidad, Volumen I y II

- Clarificar los objetivos de construir un diagrama de Pareto.
- Clarificar los estratos relacionados con el problema para los que se recopilarán datos
- Diseñar una hoja de recopilación con los datos seleccionados.
- Llenar la hoja de recopilación y calcular los totales.
- Elaborar una hoja de datos que muestre los elementos, sus totales individuales, los totales acumulativos, porcentajes relativos al total general y los porcentajes acumulados
- Ordenar en forma descendente

- **Diagrama de Causa y Efecto (Diagrama de Ishikawa, Diagrama causal, Diagrama de espina de pez)**^{1,2,11,13}

Es una representación gráfica en la que puede verse de manera relacional una especie de espina central que representa el problema a analizar, que se escribe a su derecha, y de ella parten espinas secundarias que corresponden a los factores principales que se determinan como causa del problema, y a la vez a estas espinas secundarias llegan flechas más pequeñas que son factores detallados de cada factor principal.

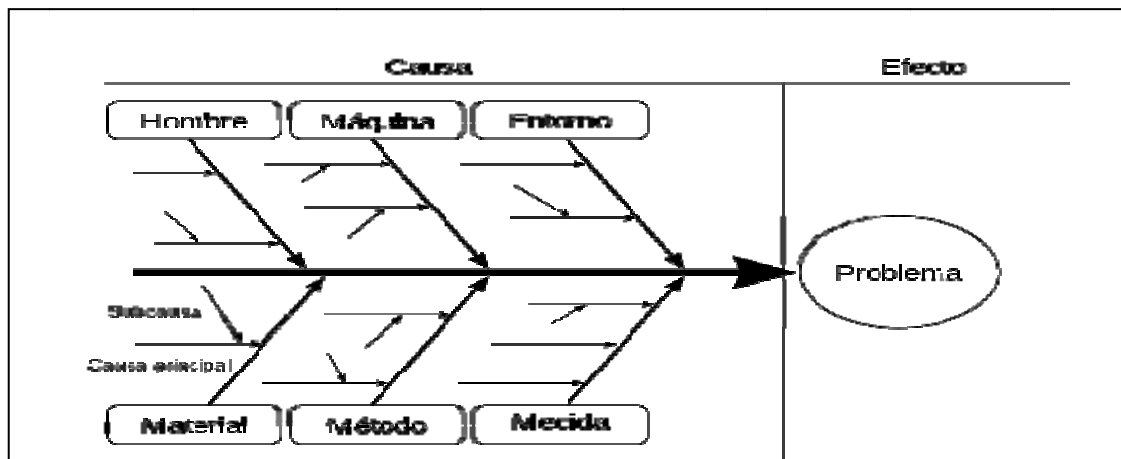


Grafico 10.

Tomado: Tomado: Banco Japonés de Desarrollo (DBJ), Instituto Japonés de Investigación Económica (JERI), Manual de administración de la calidad Total y Círculos de Control de Calidad, Volumen I y II

- **Hoja de Verificación (Hoja de control o chequeo)**¹

Es un formato de tabla o diagrama que permite registrar datos mediante un método sencillo, como la anotación de marcas asociadas a la ocurrencia de determinados sucesos. Es importante incluir la fecha, el lugar y tipo de información que se está recolectando, y el nombre de quien recopila los datos. (Anexo 7)

- **Histogramas¹**

Representación gráfica de una variable en forma de barras, donde la superficie de cada barra es proporcional a la frecuencia de los valores representados. En el eje vertical se representan las frecuencias, y en el eje horizontal los valores de las variables, normalmente señalando las marcas de clase, es decir, la mitad del intervalo en el que están agrupados los datos. Permite conocer además que tan dispersos están los datos y la comparación de los resultados de un proceso.¹

- **Diagrama de dispersión**

Diagrama matemático que utiliza las coordenadas cartesianas para mostrar los valores de dos variables para un conjunto de datos, es decir, relaciona parejas de datos que suele ser generalmente la relación entre causa y efecto. Puede demostrar si existe una correlación positiva, negativa o que absolutamente no hay correlación.

Los datos se muestran como un conjunto de puntos, cada uno con el valor de una variable que determina la posición en el eje horizontal y el valor de la otra variable determinado por la posición en el eje vertical.¹

- **Gráficas de control**

Es una gráfica de los distintos valores que puede tomar una característica correspondiente a un proceso, permite evaluar al proceso en un tiempo y compararlo con límite de variación previamente fijados.¹

1.1.2.7. Técnicas para los círculos de control de calidad^{1,2,13,3,5}

Las siete herramientas de la calidad se usan para recolectar, resumir y analizar datos tanto cualitativos como cuantitativos, mientras que otras

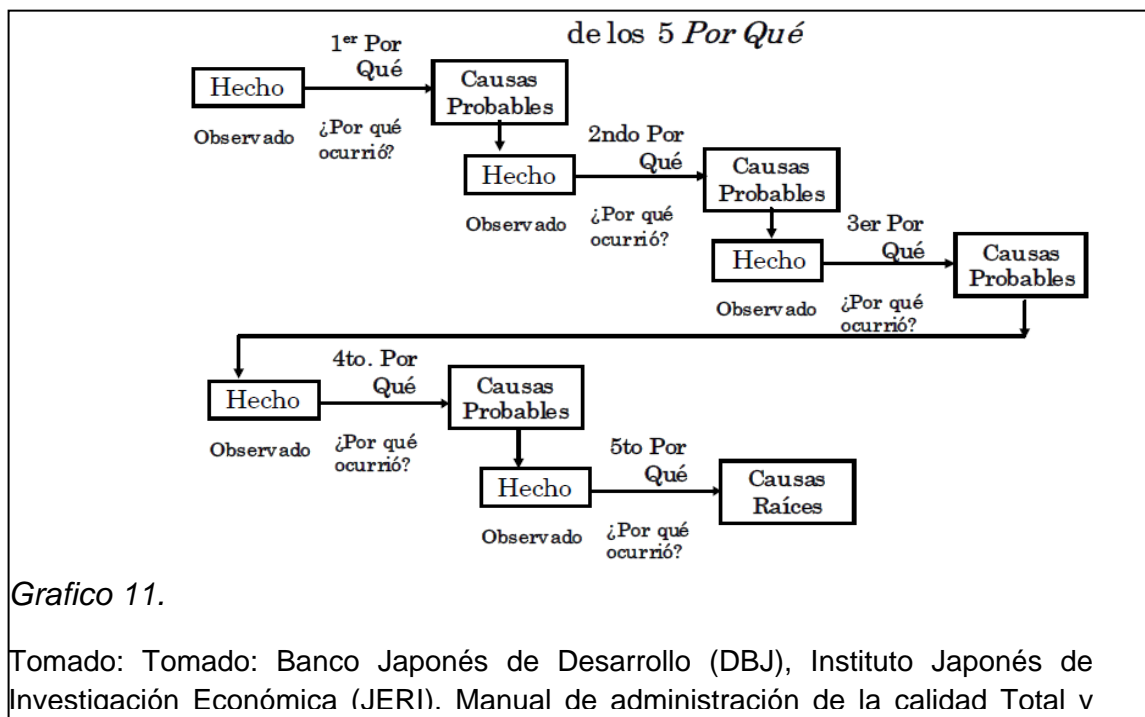
técnicas que se presentan a continuación se usan para ayudar a los miembros del CCC a pensar lógica y creativamente.

- **Lluvia de idea (Brainstorming)**

Es una técnica que procura que los participantes den el mayor número de ideas sobre un tema propuesto, alentando la creatividad de todos. Es importante asegurar la participación de todos los miembros, tratar de perder el miedo al ridículo, registrar todas las ideas, combinarlas y evitar la crítica.

- **Enfoque del por qué – por qué**

La curiosidad motiva el análisis y busca indagar hasta la causa raíz del problema. Se habla del **enfoque de los 5 por qué**, el cual sirve para el desarrollo del Diagrama de Ishikawa (causa y efecto).



Es una herramienta que sirve para clarificar la naturaleza de un problema incierto. Se la hace primero determinando el tema y recolectando datos relativos al tema mediante encuestas, lluvia de ideas, etc. La información obtenida se escribe en tarjetas, éstas son leídas cuidadosamente y posterior al análisis se las agrupa hasta agotar todas las posibles afinidades para poder encontrar el factor común causante del problema.¹

- **Concepto de las 5S^{1,15}**

En Japón las 5S son consideradas las bases para la mejora en la calidad y la productividad y representan los conceptos de orden y limpieza. Las 5S vienen de 5 palabras japonesas:

- Clasificar (seiri, 整理) → separar los elementos innecesarios del centro de trabajo y descartarlos.
- Organizar (seiton, 整頓) → acomodar los elementos necesarios en un buen orden, de modo que puedan obtenerse fácilmente para usarlos.
- Limpiar (seiso, 清掃) → asear completamente su centro de trabajo, de modo que no haya polvo en ningún lado del área de trabajo.
- Bienestar (seiketsu, 清潔) → mantener un alto estándar de orden, limpieza y organización en el centro de trabajo en todo momento.
- Autodisciplina (shitsuke, 躰) → capacitar a la gente para que tenga el hábito de una buena disciplina de orden y limpieza sin necesidad de recibir indicaciones.

- **Eliminación de las 3MU:** representa tres elementos^{1,15}

- Muda → desperdicio
- Muri → exceso
- Mura → dispersión

- Estos factores deben eliminarse para elevar la eficiencia en el centro de trabajo.

- **5W1H¹**

Estas siglas representan las 6 palabras con las que debemos empezar una pregunta para describir de la mejor manera un hecho, para evitar cualquier omisión de información: qué, cuándo, dónde, quién, por qué y cómo (what, when, where, who, why y how)

- **4M1E¹**

M1E representa los cinco elementos necesarios en la producción: (mano de obra, máquina, materiales, método y entorno). Se puede usar como un método de estratificación en los diagramas de causa y efecto. Ya que los datos se obtienen de mediciones.

Puede haber una quinta M: que es la inicial de Money (dinero) en lugar de mediciones.

1.1.2.8. Focales de los círculos de calidad^{1, 11,13}

- Calidad: Es el gran objetivo de los Círculos. Los mercados son cada vez más competitivos y los clientes tienen un mayor nivel de educación y exigencia lo que provoca que la calidad sea una preocupación central para la mayor parte de las empresas.
- Productividad: Los círculos pueden colaborar a incrementar la productividad en un sentido más amplio y en todas las áreas de la empresa. Viene a ser la resultante de una correcta aplicación del conjunto de los recursos de la empresa, un índice fiable de que todos los recursos están bien dirigidos y administrados.
- Mejora de costes. El conocimiento de los costes evita el despilfarro y la mala administración de los recursos. Los Círculos de Calidad pueden colaborar decisivamente a la hora de reducir los costes de todo tipo: administrativos, comerciales, transportes, entre otros.

- Motivación. Gracias a los Círculos de Calidad se puede conseguir motivar de una forma constante a los trabajadores, ofreciéndoles oportunidades de participar en los objetivos de la empresa, y de sentirse valorados por el trabajo bien hecho.
- Integración. Los Círculos de Calidad facilitan y permiten que sus integrantes conozcan el trabajo de los demás y comprendan mejor sus necesidades y problemas.

CAPÍTULO II.

2. MARCO INSTITUCIONAL

2.1. Perfil de la Institución:

El CENTRO DE LA PIEL, es un instituto dermatológico con carácter académico y social, donde se atiende todo tipo de enfermedades de la Piel. La Propuesta es dar a los pacientes atención médica, psicológica y social con respeto, ética y absoluta equidad; facilitando un espacio para que los pacientes se conviertan en actores importantes en la recuperación y mantenimiento de la salud de la piel, compartiendo sus experiencias, angustias y esperanzas.

El CEPI surgió hace 6 años con el propósito de dar una atención médica de calidad, iniciando con la vinculación de un grupo de especialistas en dermatología. Creada originalmente por el Dr. Santiago Palacios, la propuesta de esta empresa ha sido brindar una consulta integral de excelencia, investigativa, propositiva y con absoluta equidad en beneficio de los usuarios tanto internos como externos proveyendo servicios de alta calidad que contribuya al crecimiento y fortalecimiento de la salud de los pacientes. Actualmente cuenta con 14 trabajadores, entre profesionales de administración, médicos, auxiliares de enfermería, recepcionistas y personas encargadas de la seguridad.

2.1.1. Generalidades del centro de la piel (CEPI):

El CEPI se encuentra ubicado en la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha. Tiene fácil accesibilidad, ya que existen varias líneas de transporte urbano que pasan cerca de la institución. Sus horarios de atención son de lunes a viernes de 8:30 a 12:30 y en la tarde de 15:00 a 19:00 pm, el sábado se brinda atención en el horario de la mañana. El CEPI atiende alrededor de 25 pacientes diarios en la consulta dermatológica, se realiza alrededor de 12 cirugías al mes,

55 estudios histopatológicos mensuales y se realiza como mínimo dos investigaciones al año.

2.1.2 Actividades Principales

Los servicios que ofrece la institución son:

- *Atención dermatológica*
- *Dermatología pediátrica*
- *Cirugía micrográfica de Mohs*
- *Cirugía Plástica*
- *Servicio de dermatoscopia para control y mapeo de lunares.*
- *Servicio de Histopatología*
- *Fototerapia*
- *Educación al paciente con dermatitis atópica (escuela de la Atopia)*
- *Atención pediátrica*
- *Atención psicológica*
- *Atención de medicina interna*
- *Servicio de tricología*
- *Tratamiento de luz pulsada (IPL):*
- *Microdermoabrasión*
- *Servicio de cosmiatría*
- *Parqueadero*
- *Auditorio*
- *Biblioteca*
- *Cafetería*
- *Servicio de guardianía*

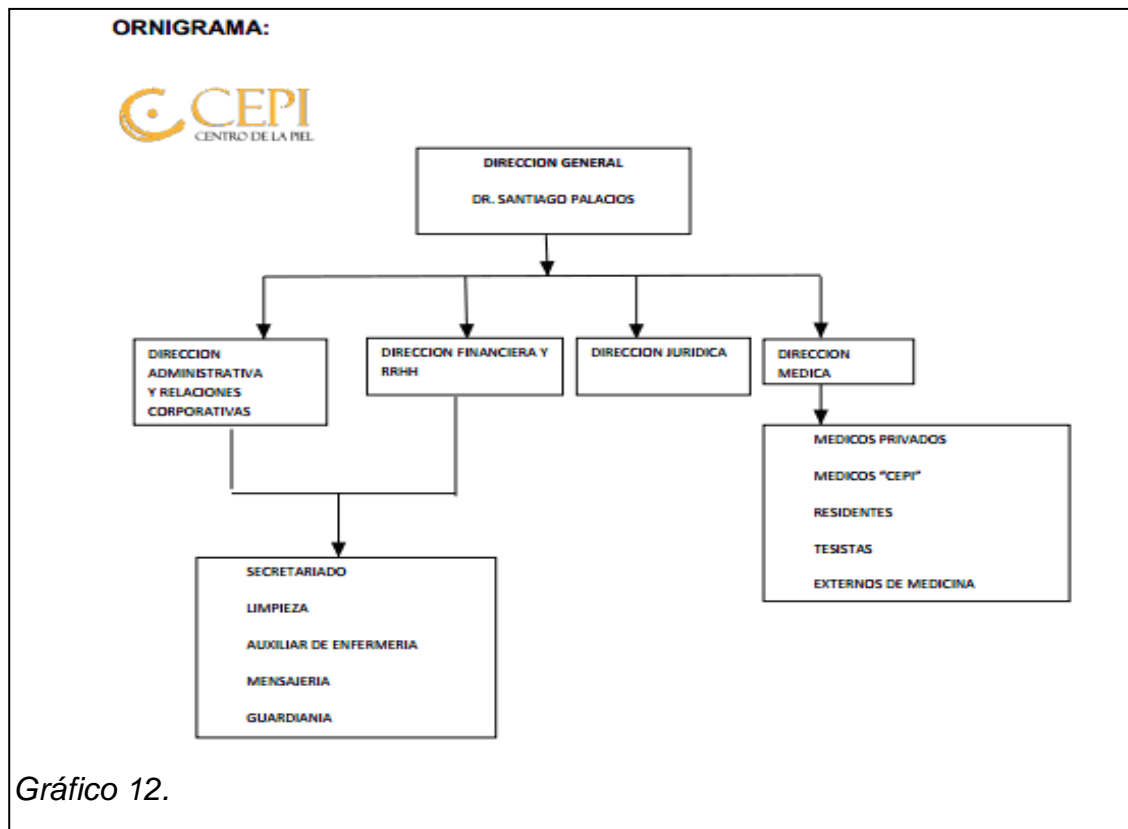
2.1.3 TARGET

La población atendida en el CEPI es la femenina y masculina en edad económicamente activa, clase media y media–alta, de la región sierra del Ecuador con problemas dermatológicos clínicos, quirúrgicos y estéticos. Estos pacientes buscan profesionales calificados para solucionar problemas dermatológicos y mejorar su apariencia física, por lo que es importante recalcar que estos clientes son personas con vulnerabilidad estética y en muchos casos también presentan afectación psicológica. En su mayoría cuentan con un seguro privado, por lo que la institución tiene convenios con seguros privados como Ecuasanitas y Salud.

2.1.4 Valores de la Empresa

- Compromiso
- Honestidad
- Respeto
- Relaciones a largo plazo
- Pasión por lo que hacemos

2.1.5 Estructura Organizacional



2.2 Misión de la Institución

El centro de la piel es una institución que brinda servicios que solucionan y generan bienestar mediante el cuidado integral de la salud de la piel.

2.3 Visión de la Institución

Ser una institución sólida, posicionada y reconocida por la prestación de soluciones efectivas, siendo un referente de servicio de calidad en el mercado dermatológico ecuatoriano.

CAPÍTULO III.

3 Análisis de situación PEST – Político, Económico, Social y Tecnológico

3.1. Factores Políticos y Legales

Actualmente la situación política del Ecuador presenta una serie de amenazas para el sector empresarial, por las regulaciones económicas, así como por las actuales relaciones internacionales. Las cambiantes políticas monetarias han dado como resultado la falta de inversión de empresas extranjeras y también de inversionistas nacionales, quienes se han desalentado por las barreras que impone la política fiscal. En contra parte, para la población ecuatoriana constituyen como avances los eminentes cambios e inversión pública en los campos de educación, programas de inclusión social, aseguramiento de la educación y en el ámbito específico la salud. Dentro del campo de la salud, el gobierno se encuentra enfocado en varios proyectos que van a revolucionar el sistema actual. Hasta hace aproximadamente un año el personal de la salud era regido por sus colegios provinciales, actualmente el único ente regulador es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. De igual manera, entre otros proyectos, se impulsa el retorno de los especialistas que se han preparado en el exterior para que ejerzan en el sector público.

3.2. Condiciones Económicas

La economía ecuatoriana está basada en la extracción de petróleo, manufactura, exportaciones y producción agrícola. El sector petrolero representa el 15% al 20% del total del PIB y el 30%-40% de los ingresos del Estado. Mediante la renegociación de los contratos petroleros, la inversión privada se verá en cierta medida afectada.

Ecuador reajustó a la baja la previsión del crecimiento de su Producto Interno Bruto (PIB) en 2012, al pasar de 5,4% a 4,82%, mientras que para 2013 estimó una expansión de 3,98%, informó el Banco Central nacional (BCE), con un ingreso per cápita de 1.932. El 1 de julio el BCE señaló que la economía creció 4,8% en el primer trimestre de 2012 respecto al mismo período de 2011, y 0,7% en relación al trimestre anterior. El PIB nacional, que desde el primer trimestre de 2010 registra cifras positivas, había aumentado 8,8% entre enero y marzo de 2011, siendo el índice más alto de los últimos tres años.

El gasto total en salud es la suma de los gastos en salud públicos y privados, como proporción de la población total. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios. Datos en US\$ a precios actuales.

Tabla 2. Gasto en salud desde el año 2009 hasta la actualidad en usd.

Ecuador	2009	2010	2011	2012
	228	270	321	328

Tomado del Instituto de Estadísticas y Censos (INEC)

El porcentaje de gasto en salud es del 4% GDP / PIB. En el Ecuador existe un total de 771 hospitales, entre públicos y privados, con un total de 23.637 camas hospitalarias. Además existen una serie de proyectos hospitalarios a nivel nacional que ha iniciado la administración actual.

3.3. Factores Sociales y Culturales

La población estimada de la República del Ecuador para marzo 2010 ascendía a 14'483.499 habitantes de acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). La población está dividida entre las cuatro regiones: Costa, Sierra, Oriente y Región Insular. Con mayor población se

presentan las provincias más grandes, Pichincha con 2'576.287 y Guayas con 3'645.483.

La población ecuatoriana es étnicamente diversa, así está dividida en: Indígena: 6.83 %, el Negro (Afro-ecuatoriano) en un 2.23%, Mestizos en un 77.42%, Mulatos en un 2.74% y Blancos en un 10.46%.

Según el último censo de población realizado por el INEC, el 66% de la población vive en centros urbanos, el 34% restante en medios rurales. Además el censo arrojó el porcentaje de distribución por edad que se presenta de la siguiente manera 0-14 años: 31.1%, 15-64 años: 62.7%, 65 años y más: 6.2%. De igual manera al censar a las familias acerca del número de hijos, los que viven en centros urbanos tienen un promedio de 1,94 hijos, mientras que los que habitan en medios rurales tienen en promedio 3,1 hijos.

El desempleo en el Ecuador se encuentra en el 4,60% como lo reflejan las cifras del INEC hasta Septiembre del 2012. Además del desempleo en el país no es nada despreciable la cifra del subempleo, pues asciende al 42,28%. Y el restante corresponde a la ocupación plena con el 51,12%.

3.4. Factores Tecnológicos

La Secretaria Nacional de Ciencia y Tecnología es la entidad del Gobierno dedicada a la innovación tecnológica. El Ecuador destina cada año recursos correspondientes al 0,1% del Producto Interno Bruto (PIB) para ciencia y tecnología (13,8 millones de dólares), mientras que los países más desarrollados gastan alrededor del 2,5% y 3% de su PIB. El control y desarrollo de la ciencia y tecnología está a cargo de la SENESCYT, esta entidad se encarga de "Promover la articulación entre las instituciones de los Sistema de Educación Superior y el de Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes Ancestrales y los actores del sector productivo a nivel nacional e internacional, con el objetivo de desarrollar programas y proyectos de investigación y

actividades científicas en áreas estratégicas que contribuyan al desarrollo del país, asumiendo el desafío de avanzar hacia una sociedad basada en el conocimiento”.

4. Análisis de las Fuerzas Competitivas – Modelo de las 5 Fuerzas de Porter

4.1. Amenazas de Nuevos Entrantes

Actualmente la industria dermatológica enfrenta el reto de que sus consumidores están teniendo un notable cambio de preferencias, básicamente están dejando de acudir a clínicas con personal de salud especializado, para acudir a centros cosmetológicos por lo cual hay un notable crecimiento de los mismos.

Sin embargo, la presencia de nuevos competidores en el ámbito del tratamiento de la salud de la piel, no es una amenaza, ya que la clínica se encuentra bien posicionada.

Para entrar en el mercado de la salud dermatológica es indispensable contar con la capacidad económica para adquirir tecnología. Los nombres y la imagen de marca desempeñan un papel importante en este sector, por lo que es difícil que nuevas marcas tengan un éxito rápido en el mercado.

4.2. Requerimientos legales

La Ley Orgánica de la Salud del Ecuador exige cierto cumplimiento de normas para la apertura de centros dedicados al manejo de la salud.

4.3. Poder de Negociación de los Compradores o Clientes

El poder de negociación de los clientes en el caso de la institución es bajo debido a que la clínica mantiene precios establecidos, por lo que los clientes no pueden forzar la reducción de los mismos. Además cabe recalcar que no existen empresas similares que brinden los mismos servicios con la calidad del CEPI.

Entre los factores asociados con esta fuerza están:

- Facilidad del cliente para cambiar de empresa.
- Disponibilidad de información para el consumidor.
- Existencia de sustitutos.
- Sensibilidad del consumidor al precio.
- Ventaja diferencial (exclusividad, calidad y talento humano) del servicio.

4.4. Amenaza de Productos Sustitutos

La principal amenaza del CEPI se encuentra en el área estética más que dermatológica, pues funciona como centro dermatológico integral que ofrece ambos servicios.

4.5. Poder de Negociación de los Proveedores o Vendedores

El poder de la negociación de los proveedores, es relativamente bajo, debido a los siguientes factores:

- Facilidades para el cambio de proveedor por gran número de los mismos.
- Grado de diferenciación de los productos del proveedor.
- Presencia de productos sustitutos.

4.6. Rivalidad entre los Competidores

La rivalidad entre los competidores es definida por las fuerzas nombradas anteriormente, por lo que podemos concluir que el CEPI es una empresa rentable, con un bajo número de competidores y facilidades adecuadas que permiten ofrecer los mismos servicios con excelente calidad y costos accesibles.

5. Análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas – FODA

FODA	
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Experiencia y reconocimiento de los líderes en el sector Personal capacitado Trabajo en equipo Alianzas estratégicas Formación interna	Clientes con necesidad de nuestro servicio Alta tasa de crecimiento poblacional, expectativa de vida Alianzas estratégicas Crecimiento económico del país
DEBILIDADES	AMENAZAS
Cobertura de servicio Estructuración de un Plan de Calidad Difícil acceso a la tecnología Trámites burocratizados Falta de autonomía	Regulaciones gubernamentales Deficiencia del presupuesto en salud Falta de servicio orientado hacia la calidad Alta rotación del personal Competencia creciente y agresiva

Gráfico 13.

CAPÍTULO IV.

6. JUSTIFICACIÓN

El CEPI es una institución en continuo crecimiento, que se ha enfrentado a varios obstáculos durante su trayectoria. En la actualidad el mercado ha ido distorsionando la visión del cliente con respecto a las prestaciones dermatológicas. Es común y habitual que se observe publicidad a cerca de tratamientos para la piel en centros estéticos, incluso en peluquerías; en donde el servicio se presta sin tener personal adecuado, sin normas de bioseguridad y por lo tanto pueden ofrecer costos muy bajos y llamativos para el cliente.

Hoy por hoy en el CEPI no se aplica un control de calidad en los procesos de atención, tampoco se imparte capacitación a cerca de modelos de gestión y mejora continua; esto conlleva a un desperdicio de recursos, en donde se emplea mayor esfuerzo en la resolución de problemas que en la planificación, incrementando los costos y a la vez arriesgando la satisfacción del cliente.

Los procesos de atención en la institución no han sido estandarizados, es decir no existe actualmente un levantamiento de procesos, evaluación y puesta en marcha de los mismos, razón por la cual cada uno de los profesionales realiza la atención de distinta manera. Esto ha ocasionado que en varias ocasiones exista retraso en la atención y por lo tanto malestar en los clientes.

Los canales de comunicación también han sido un limitante dentro del CEPI. A pesar de haber una gran apertura por parte de los directivos, no existe un organigrama en donde se determinen y visualicen claramente los jefes directos y por lo tanto un adecuado canal de comunicación.

La importancia del tema es evaluar desde el punto de vista de los empleados y pacientes el nivel de satisfacción percibido durante la atención recibida en la consulta, con la finalidad de recaudar datos que permitan elaborar una

propuesta viable y perdurable en el tiempo, enfocándose en la calidad y la calidez de la atención, la cual debe orientarse desde y hacia el cliente. Por esta razón es importante aplicar modelos de gestión que brinden facilidad en la integración de los principios de la calidad en todas y cada una de las prácticas de la institución. Todo esto contribuirá a difundir el conocimiento del desempeño de cada puesto de trabajo, a la integración de los procesos que hoy en día funcionan independientemente, al trabajo en equipo permitiendo la ejecución ágil de las tareas de otros procesos y a la concientización del talento humano en el uso óptimo de recursos; lo que a futuro redundará en una significativa reducción de costos y fidelización tanto del cliente interno como externo.

El éxito de los Círculos de Control de la Calidad en cualquier organización depende en gran medida del grado de compromiso de la Dirección en el proceso, asegurando un correcto enfoque hacia la Calidad Total. La dirección debe aprovechar y potenciar al máximo todas las capacidades de sus colaboradores, tomando en cuenta que nadie conoce mejor un trabajo o un proceso que aquél que lo realiza cotidianamente. El recurso humano es el activo más importante y decisivo con el que cuenta la institución. Su potenciación constante provoca un efecto multiplicador cuyos resultados suelen sobrepasar los cálculos y estimaciones más optimistas.

Con el desarrollo del presente estudio se planea implementar un plan piloto de círculos de calidad en el Centro de la Piel y proveer de herramientas validadas al personal, con la finalidad de aumentar la satisfacción del cliente interno y externo, mediante la creación de espacios de análisis y propuestas de mejora continua, con la finalidad de entregar una prestación de la más alta calidad. Además, la creación de una propuesta que sirva como una herramienta para trazar el camino desde donde se encuentra hasta a donde se quiere llegar.

Para el efecto, se parte de la capacitación, brindando instrumentos útiles para el análisis de las posibles deficiencias u oportunidades de mejora actuales,

evaluación de las causas, evaluación de las soluciones, creación de planes de implementación, desarrollo de las actividades, evaluación de los resultados y optimización de los mismos. Todo esto contribuirá a difundir el conocimiento del desempeño de cada puesto de trabajo, a la integración de los procesos que hoy en día funcionan independientemente.

Se debe generar la conciencia para mejorar la competitividad y la calidad dentro de la institución, explorar nuevos caminos e ir adaptándolos a nuestras necesidades.

La búsqueda de la Administración de la Calidad Total no se detiene, y cada vez se enfrenta a retos mayores, por lo que la implementación de los CCC puede aportar grandes beneficios en el camino para generar un plan de ACT adecuado para el CEPI.

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo General

Proponer la implementación de un plan piloto de Círculos de Control de Calidad que contribuya a mejorar la atención de salud en el Centro de la Piel (CEPI).

7.2. Objetivos Específicos

- Analizar si la implementación de los Círculos de Calidad genera una mejora en el clima laboral, propiciando espacios de capacitación, participación y diálogo.
- Observar si existe repercusión posterior a la implementación del Círculo de control de Calidad en el recurso humano de la compañía sobre la importancia de la satisfacción del cliente externo.

- Analizar si los CCC tuvieron alguna repercusión económica en la institución.

8. METODOLOGÍA

El desarrollo de la tesina se inició con el diagnóstico del área de atención médica recopilando información del personal contratado y de la dirección del CEPI. Se realizó una medición del clima laboral a los 14 empleados que conforman el CEPI, mediante una encuesta escrita.

Se recogieron las opiniones de los integrantes de la Empresa en un período de tiempo relativamente corto y sobretodo se garantizó la confidencialidad de la información entregada por los encuestados, consiguiendo con esto mayor veracidad de las opiniones y consecuentemente, disminuir el porcentaje de error en la medición.

La encuesta tuvo preguntas relacionadas con: el área de trabajo, la dirección, el ambiente de trabajo, comunicación y coordinación, condiciones ambientales, motivación y reconocimiento.

La encuesta llegó por correo electrónico a todos los colaboradores del CEPI y fue llenada de forma anónima mediante la página web: <http://www.e-encuesta.com/>.

Una vez recibida la información se procesó de acuerdo a los estándares establecidos para obtener resultados que evidencien a la dirección el nivel de satisfacción de los clientes internos.

La finalidad de la encuesta fue:

- Identificar los puntos fuertes y débiles de la institución desde la perspectiva de los trabajadores.
- Proponer acciones de mejora.

- Sentar un precedente para futuras mediciones de clima laboral y a través de esta línea base mejorar las condiciones de trabajo.

Con los resultados se organizó una reunión de preparación con la dirección para exponer, evaluar y establecer un plan de administración de calidad total. Se explicó el funcionamiento de los CCC y se estableció claramente la misión y la visión del CEPI. También se evaluó y se tomó la decisión de implementar un plan piloto de CCC, se realizó un inventario de actitudes del personal y posteriormente se formó el primer CCC que corresponde al círculo de gerencia y administración con la siguiente manera:

1. Capacitación
2. Identificación de las Oportunidades de Mejora
3. Selección de la Oportunidad de Mejora
4. Identificación de Causas
5. Identificación de Soluciones
6. Definición de una Solución
7. Creación de un Plan de Implementación
8. Aprobación del Plan
9. Implementación de Plan
10. Evaluación de los Resultados
11. Optimización de los Resultados
12. Iniciar con un nuevo ciclo

Gráfico 14.

Tomado: Banco Japonés de Desarrollo (DBJ), Instituto Japonés de Investigación Económica (JERI), Manual de administración de la calidad Total y Círculos de Control de Calidad, Volumen I y II

- La capacitación se realizó en un inicio con un PROGRAMA DE PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL – SERVICIO AL CLIENTE en un taller y se consolidó la información con la capacitación de las autoras de esta tesina, mediante charlas y entrega de material explicativo a gerencia. Se entregó el MANUAL DE ADMINISTRACION DE CALIDAD TOTAL Y CIRCULOS DE CONTROL DE CALIDAD, el cuál fue analizado conjuntamente entre las tesistas, gerencia y departamento de comunicación del CEPI.
- La identificación de oportunidades de mejora se lo realizó mediante lluvia de ideas, se seleccionó la oportunidad de mejora, se fijó una meta, se analizó las causas y se plantearon varias actividades que se implementarán para reunir información y trabajar en mejorar la calidad de atención médica en el CEPI.

Entre las actividades se planteó:

- CONFIRMAR información para seleccionar adecuadamente la oportunidad de mejora PRIORITARIA a trabajar, mediante la formación de otro pequeño CCC conformado por las personas directamente relacionadas con la oportunidad de mejora identificada por gerencia. Se usó la *metodología* descrita anteriormente, se realizó un diagrama de causa y efecto (diagrama de espina de pez) y conjuntamente se desarrolló un plan de implementación de contramedidas, se presentó el plan a gerencia, se implementan las contramedidas y se evalúa la efectividad.
- Se elaboró un formato de un BUZON DE SUGERENCIAS, para poder empezar a recolectar información del cliente externo.
- Se elaboró un formato de ENCUESTA DE SATISFACCION AL CLIENTE EXTERNO, para que sea aplicada a futuro y contribuya a recolectar información sobre la visión que tiene el cliente externo de nuestra institución.

8.1. Diagnostico del área de atención médica en el centro de la piel (CEPI)

Con la finalidad de implementar un plan piloto de círculos de control de calidad en la institución, se procedió a realizar un diagnostico preliminar del área de atención médica, a fin de conocer, identificar el estado actual y establecer las condiciones generales de su entorno, antes de iniciar la conformación de los círculos de control de calidad.

- Proceso de atención médica:** Se basa en la atención por parte de los médicos tratantes conjuntamente con el involucramiento de estudiantes de medicina para conformar la parte docente del centro y la atención médica por parte de médicos tratantes que alquilan consultorios dentro del centro de la Piel como institución. La atención médica dentro de la institución se lo realiza en orden de llegada de cada paciente sin previa cita a diferencia de los médicos que alquilan los consultorios que realizan la atención médica por medio de una agenda.

Flujo del proceso de atención médica:

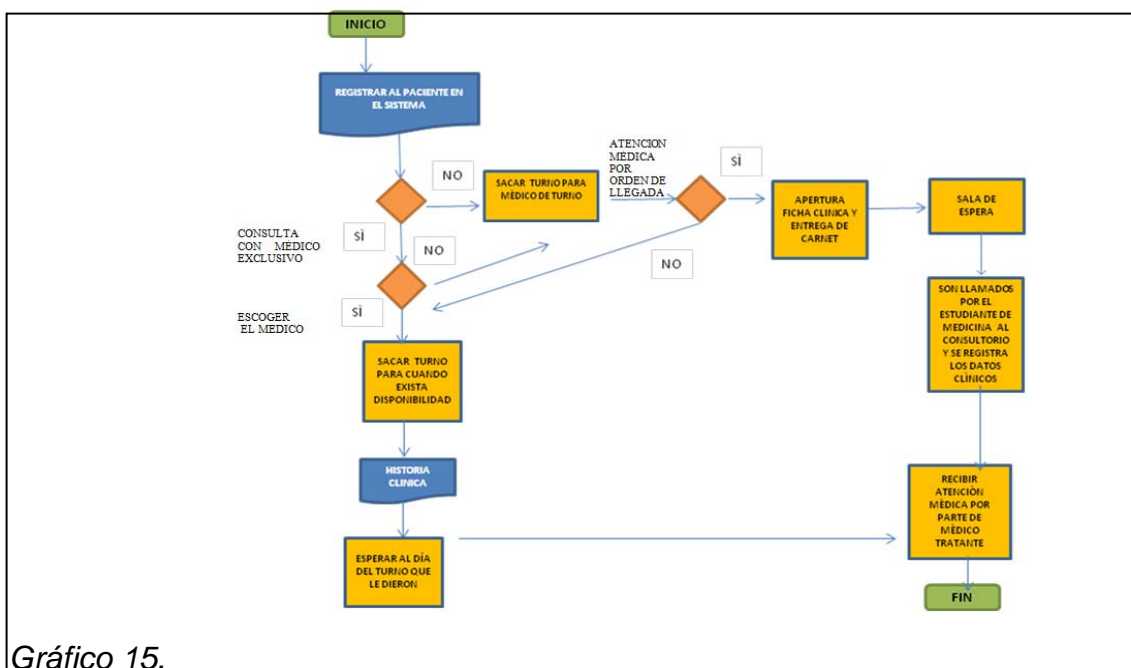


Gráfico 15.

Flujo del proceso de procedimiento de cirugía menor.

Conjuntamente con la consulta dermatológica se realizan procedimientos de cirugía menor, los cuales son realizados por los médicos que alquilan consultorio y los médicos contratados por el CEPI. En este proceso los médicos que alquilan consultorio ocupan sin recargo económico las instalaciones de los cuartos de procedimientos para cirugía menor, insumos médicos y equipo médico que pertenecen a la institución. Estos costos no están incluidos en el arriendo del consultorio.

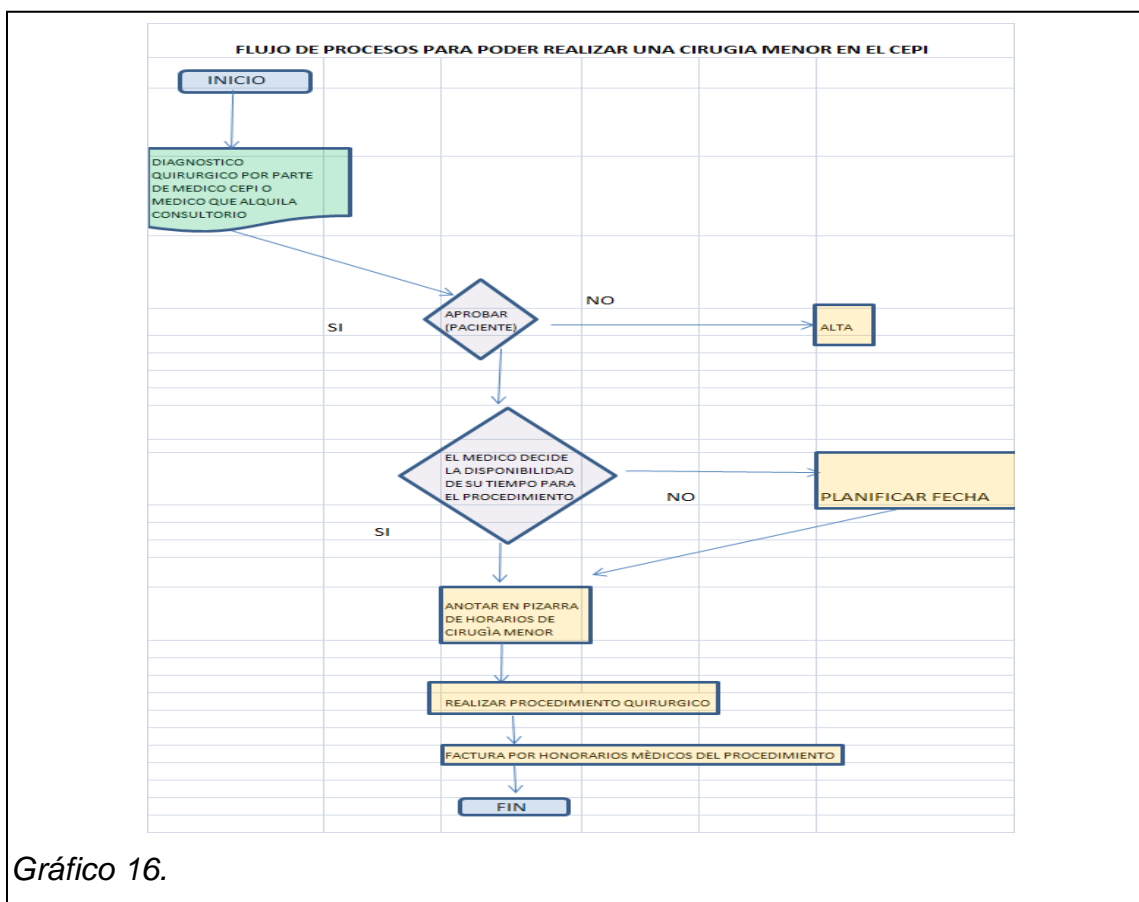


Gráfico 16.

- **Problemática actual del entorno al proceso de atención médica:**

Al analizar el ámbito actual en el que se desenvuelve el área de atención médica del CENTRO DE LA PIEL y a fin de justificar la implementación de los Círculos de Calidad en dicha área, se realizó un estudio del entorno general, se

recaudo información por parte de gerencia y de los encargados de la atención médica y de cirugía menor mediante una encuesta de clima laboral. Esto permitió verificar que el proceso de atención médica, tenía problemas y se identificó que al realizar procedimientos de cirugía menor existían importantes deficiencias en el control, organización, comunicación y manejo de información, todo lo cual se traduce en pérdida de recursos, tiempo, costos elevados y por lo tanto en una atención médica que pierde su calidad además de poco eficiente y eficaz.

- **Factores críticos internos:**

- No existen normas establecida para los médicos tratantes que alquilan consultorio para poder realizar un procedimiento de cirugía menor.
- Innumerables problemas al tener que cuantificar los insumos médicos consumidos por parte de los facultativos que alquilan consultorio.
- No hay control sobre el uso de equipos médicos pertenecientes a la institución.
- Los médicos que alquilan consultorio no cancelan por uso de sala quirúrgica, insumos consumidos, ayudantía o equipo quirúrgico utilizado, por lo que la institución asume estos costos.
- Los pacientes no ingresan con presupuesto predefinidos, lo cual a la hora de cancelación causa dificultades y confusión para el personal que factura como para el paciente que muchas veces no tiene la información clara sobre el costo final de su procedimiento.
- No hay registro para poder justificar la compra de insumos médicos, por lo que muchas veces faltan insumos para poder realizar eficaz y efectivamente los procedimientos quirúrgicos.

- **Factores críticos externos:**
 - La realización del proceso quirúrgico se ve afectada por falta de insumos, los cuales muchas veces tienen que ser adquiridos con urgencia a un costo mayor.
 - Ineficiente control de información entre cirugías realizadas, insumos consumidos y sala de procedimientos utilizada.
 - No hay registros adecuados de información mensual de cirugías realizadas.
 - No hay un horario organizado y planificado para poder realizar cirugías por lo cual hay ocasiones que dos procedimientos tienen la misma hora de realización y tienen que ser planificados para otra hora o para otro día.

Para poder implementar una propuesta de mejora, se decide trabajar sobre el manejo interno de la institución que está incidiendo sobre los factores críticos detallados, ocasionando pérdidas de recursos materiales y afectando a la calidad de atención médica. La propuesta contempla la implementación de un círculo de control de calidad, lo cual iniciará con una prueba piloto que permitirá aplicar la teoría expuesta.

8.2. Implementación de un plan piloto en el área de atención médica, específicamente en el proceso de realización de procedimiento quirúrgico

La iniciativa de proponer una tesina con el objetivo de implementar un plan piloto de Círculos de Control de Calidad para el Centro de la Piel surgió de la necesidad de crear una estrategia que favorezca el crecimiento y desarrollo de la institución comprometiendo a que todos los que la conforman persigan un mismo objetivo.

Se pretendía dirigir este plan piloto a la satisfacción del cliente externo, pero se identificó que el área más problemática estaba en la falta de organización al

momento de realizar un procedimiento quirúrgico, lo cual estaba creando un gran malestar a nivel de los clientes internos. En este punto también se identificó que no existía ningún dato sobre el clima laboral de la institución y el empoderamiento de los empleados hacia sus funciones, todo esto estaba llevando a tener elevadas pérdidas económicas para la institución. Por lo expuesto se decidió aplicar el plan piloto en esta área.

8.3. Preparación de los CCC

El primer acercamiento hacia el CEPI se realizó, mediante una reunión en la que se explicó a la dirección lo que son los Círculos de Control de Calidad, definiciones básicas y se propuso la implementación de un plan piloto dentro de la organización, con la finalidad de mejorar la calidad y desarrollo de la institución.

En la reunión estuvieron presentes:

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| - Dr. Santiago Palacios | Gerente y Director |
| - Ing. Santiago Palacios | Director Administrativo |
| - Ing. Grace Sosa | Recursos Humanos y contadora |
| - Dra. Ana Cristina Proaño | Médico, Directora Médica y Tesista |
| - Dra. Michell Lozano | Tesista |
| - Dra. Ana Lorena Jarrín | Tesista |

En la presentación se dio a conocer los beneficios y retos que trae consigo la implementación de los círculos de control de calidad; los requisitos para conformarlos y las herramientas que permiten su desarrollo. Esta reunión permitió establecer una base para la conformación posterior de los CCC. Durante la reunión se pudo evidenciar la predisposición por crear cambios dentro de la organización y dejar de pensar como una sola jerarquía, pero de igual manera se pudo ver que existía gran nivel de incredulidad sobre todo de las generaciones más jóvenes del CEPI. Como se mencionó anteriormente es importante transmitir la idea del cambio sin que esto genere angustia, ni

sensación de fracaso por lo que en la primera reunión se planteó diferentes puntos de vista y se intentó generar confianza en la idea de un cambio que se base en pasos ordenados; es importante que al aceptar la propuesta de la implementación del plan piloto de CCC, la gerencia estuvo de acuerdo en transmitir los deseos de crecimiento y de mejores expectativas al aplicar una medida como esta en la institución.

De igual manera durante esta reunión la Alta Dirección del CEPI dio a conocer desde su punto de vista sus fortalezas y debilidades. Se propuso de igual manera realizar una encuesta de clima laboral para determinar el estado de satisfacción laboral de todos los clientes internos, identificar fuentes de conflicto y analizar la imagen que tiene el CEPI frente a sus trabajadores. Esta encuesta sirvió de referencia para ver en qué situación se encuentra la organización antes de la implementación de los CCC y descubrir si su práctica deja algún impacto positivo o negativo en los clientes internos, lo que se evaluará con una nueva encuesta posterior a la resolución de un problema con ayuda de los CCC. Finalmente la Alta Dirección del CEPI aceptó la propuesta, y se comprometió en transmitir la información al resto de la institución y a formar parte de la organización del Primer Círculo de Control de la Calidad en el CEPI. Ninguno de los presentes es experto en tema de CCC sin embargo se planteó hacer un modelo piloto basado en el Manual de Administración de la Calidad Total y Círculos de Control de Calidad (*varios autores y Kaname Okada, Jefe del programa Japón, Banco Interamericano de Desarrollo*)¹ se pretendió de igual manera que poco a poco el grupo vaya adquiriendo experiencia y crezca en los círculos, por lo que en un inicio las herramientas usadas tienen que ser herramientas entendibles para todos, por ejemplo: lluvia de ideas. Posteriormente la experiencia permitirá que desde los mismos círculos nazca la necesidad de aprender nuevas técnicas para el manejo de datos y su análisis respectivo.

8.4. Instalación del Comité Directivo

Se estableció en el CEPI el Comité Directivo de la siguiente manera:

- Presidente: Dr. Santiago Palacios
- Facilitador y Líder del Primer CCC: Dr. Ana Cristina Proaño
- Personas de apoyo: Dra. Michell Lozano – Dra. Ana Lorena Jarrín

Este grupo desde su punto de vista analiza de antemano algunas oportunidades de mejora que presenta el CEPI, pero se focalizan y apoyan la propuesta de implementar el plan piloto en el área de realización de procedimientos quirúrgicos.

8.5. Presentación a los empleados sobre el plan piloto de CCC

Como se planteó anteriormente el involucramiento del personal es importante para el crecimiento verdadero de la empresa, por lo que se realizó un pequeño seminario en el que se habló sobre los CCC; pero más allá de sólo hablar de los CCC se habló sobre la necesidad del trabajo en equipo, de la necesidad de empoderarse del trabajo que cada uno realiza y que en función de lograr lo mejor para la institución es importante el auto desarrollo de cada uno de los trabajadores. Así mejorará la calidad de atención médica y será más competitiva, permitiendo que el recurso más valioso de la institución como es el personal crezca y explore sus capacidades para llegar al verdadero éxito.

8.6. Implementación del Primer CCC del CEPI

Integrantes:

- Dr. Santiago Palacios (Dueño y director)
- Ing. Santiago Palacios (Administrativo)
- Ing. Grace Sosa... (Administrativo)
- Dr. Ana Cristina Proaño (Administrativo y Médico)

Forma de Registro - CCC



Departamento: ADMINISTRATIVO

Círculo # 1

Supervisor: Dra. Santiago Palacios

Nombre del CC: ADMINISTRATIVO

Frecuencia de las Juntas: Se planea realizar juntas una vez al mes.

Líder: Dra. Ana Cristina Proaño

Miembros:

- Ing. Grace Sosa
- Dra. Ana Cristina Proaño
- Ing. Santiago Palacios
- Dr. Santiago Palacios.

Facilitador: Dra. Ana Cristina Proaño

Selección de temas: surge la primera lluvia de ideas sobre oportunidades de mejora.

Tabla 3.

LLUVIA DE IDEAS
Altos costos de insumos médicos
No se tiene ningún dato para ver cómo se siente el personal en la institución y si realiza sus actividades satisfactoriamente y eficazmente
Costo elevados por llamadas a celular
No se sabe qué se gasta en cada cirugía
Los pacientes que entran a cirugía se quejan de desorden e impuntualidad por parte de los médicos
Los médicos no pagan por uso de sala de procedimientos
Poca colaboración entre los empleados
Muchas llamadas no se contestan
No se sabe si los pacientes están satisfechos con nuestro servicio

La idea que se planteó al sugerir la aplicación de los CCC dentro del CEPI, era mejorar la satisfacción del cliente externo. En la primera reunión se buscó la principal oportunidad de mejora, se evidenció que existían problemas más complejos que estaban afectando directamente a la economía de la institución generando malestar a nivel administrativo, médico y era una de los componentes que estaba influyendo en la satisfacción del cliente externo. Considerando la gran relevancia del mismo se llegó a la conclusión que debía tratarse prioritariamente esta oportunidad de mejora debido a que aparecían reiteradamente como observación por parte de quienes integraron este primer de CCC.

Se decidió invitar al personal del área de Procedimientos de cirugía menor del CEPI, para analizar la situación en esta área desde el punto de vista de quienes trabajan ahí y con ellos conformar el segundo CCC.

8.7. Arranque – atacar el primer problema: se crea el CC CONTROL DE INSUMOS Y CIRUGÍA

Forma de Registro- CCC - Centro de la Piel



Departamento: Procedimientos de Cirugía menor del CEPI **Círculo # 2**

Supervisor: Mauricio Chávez y Dra. Ana Cristina Proaño

Nombre del CC: Control de Insumos y Cirugía

Frecuencia de las Juntas: Se planea realizar juntas cada 2 semanas.

Líder: Dra. Ana Cristina Proaño

Miembros:

- Ing. Grace Sosa
- Dra. Ana Cristina Proaño
- Mauricio Chávez
- Auxiliar de Enfermería: Mónica Baculima
- Auxiliar de enfermería y esterilización :Carmen Cruz

Facilitador: Dra. Ana Cristina Proaño

- **Búsqueda de oportunidades de mejora en el área de procedimientos quirúrgicos:**

Tabla 4.

LLUVIA DE IDEAS
Problemas en el control de insumos médicos
No se factura la utilización de los insumos médicos por procedimiento
No se factura el uso de sala de procedimientos
No se factura el uso de equipos médicos
No hay sala de recuperación para los pacientes después del procedimiento quirúrgico
Los pacientes que ingresan a realizarse un procedimiento quirúrgico no están identificados por lo que se confunden con los pacientes de consulta
Los pacientes que ingresan a sala quirúrgica y sus familiares no tiene un lugar privado para esperar y descansar durante el procedimiento
Cuando se realiza un procedimiento no se puede tener listo los insumos necesarios ya que no está identificado en un presupuesto el material que se va a usar
Impuntualidad de los médicos a la hora de iniciar el procedimiento quirúrgico
Elevados costos de insumos médicos que no se recuperan

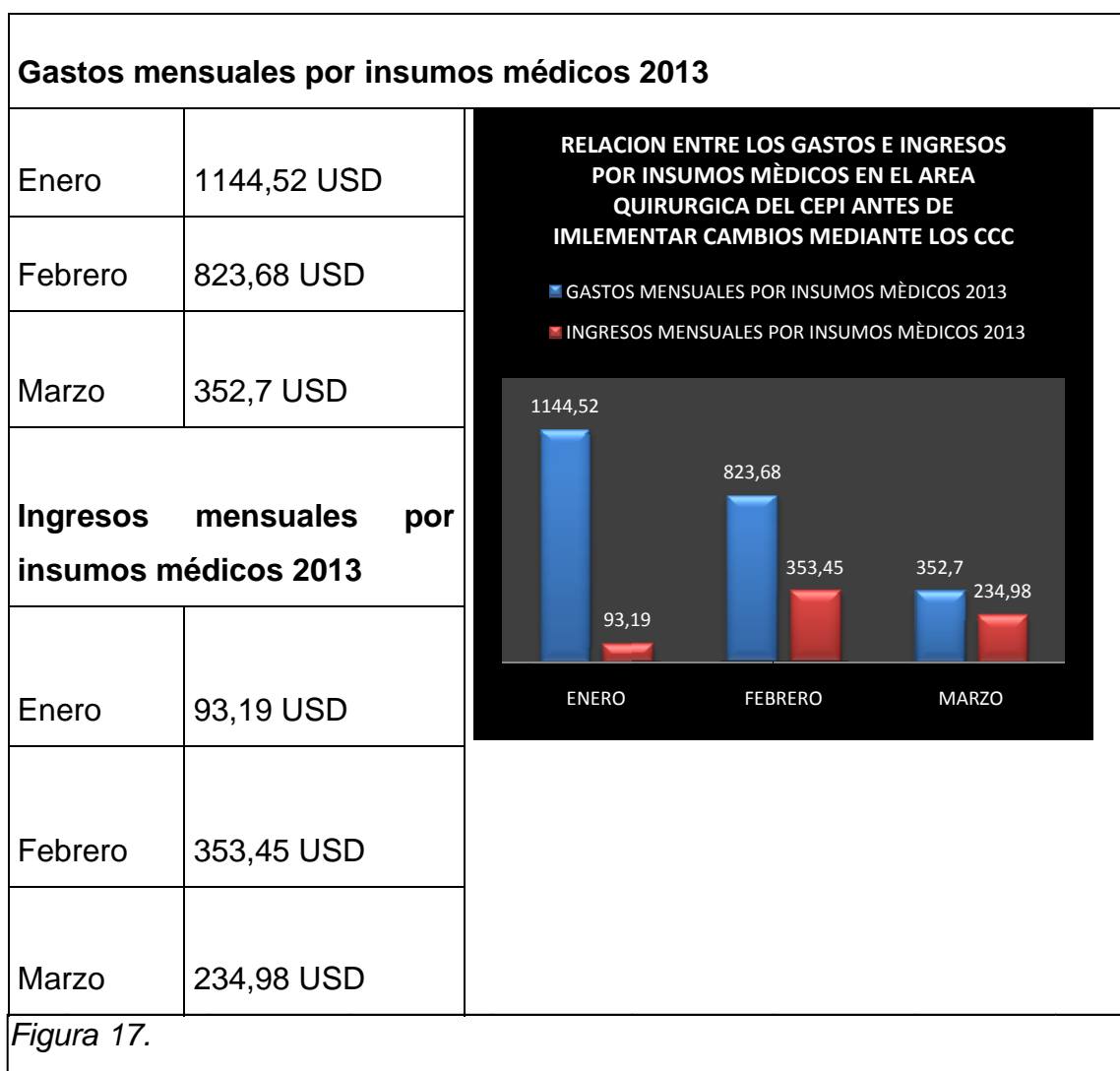
- **Entender estado y fijar meta:**

Se decidió dar prioridad a la parte de atención médica en el área de procedimientos quirúrgicos, debido a los altos costos que genera esta área para la institución, además que es un punto donde la comunicación es muy vulnerable y no existen registros de productividad de la misma.

La meta que se plantea es mejorar la comunicación entre el personal que está involucrado en el proceso de procedimiento quirúrgico menor y la parte médica mediante la normatización del proceso. Además se fijó como meta de

disminución de costos en esta área mediante el manejo adecuado de un registro y un control centralizado del personal que provee de insumos médicos para cada procedimiento. Se optó por recolectar datos de la parte contable con el apoyo de la Ingeniera Grace Sosa quien se encarga de la parte económica de la empresa. Los datos obtenidos son de gastos e ingresos de los meses anteriores con respecto a insumos médicos.

Datos de meses anteriores:

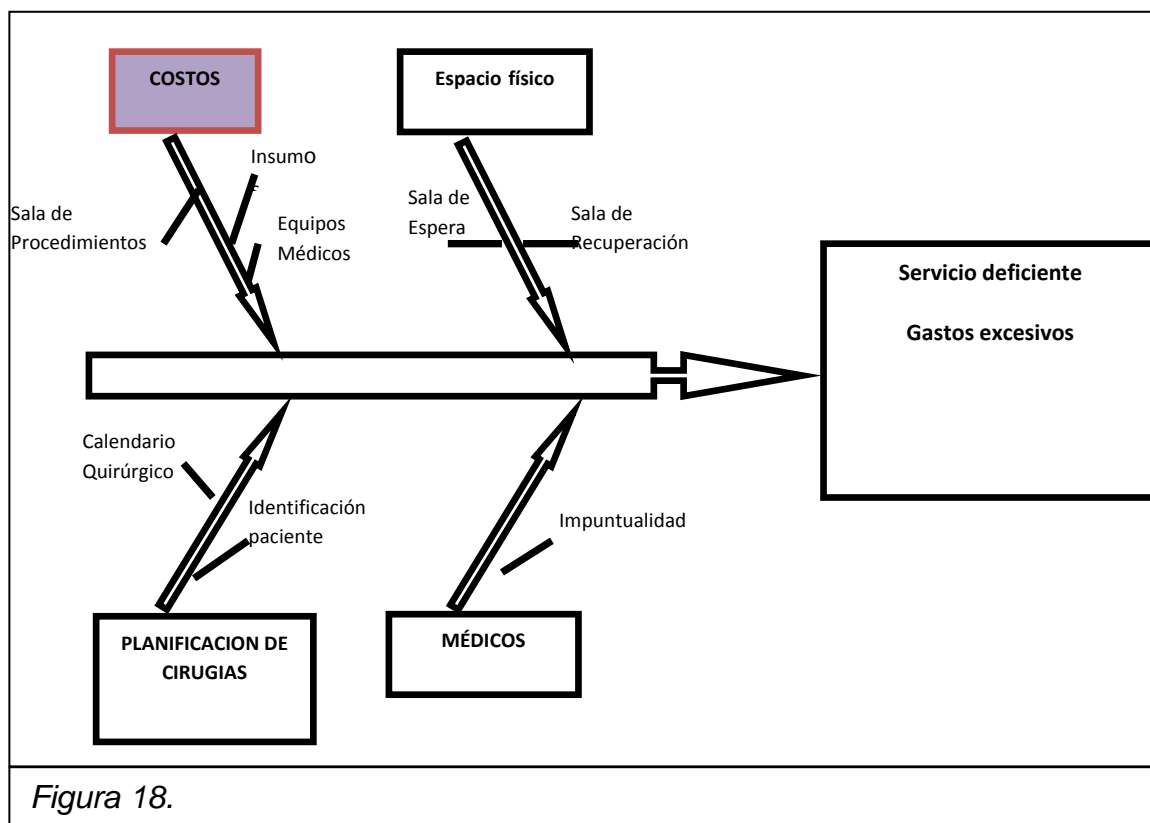


Como se observa en la gráfica de los meses que van desde enero a marzo del 2013, los gastos mensuales por insumos médicos en el área quirúrgica del

CEPI son excesivamente más altos que los ingresos que se obtienen por los mismos. Considerando que se realizaron 30 cirugías durante este trimestre.

- **Análisis del problema (Herramienta usada: diagrama de espina de pez)**

De los datos obtenidos se observó que la oportunidad de mejora está en el control de insumos médicos que genera grandes gastos en la institución y los cuales no han tenido ningún control, lo que genera deficiencias tanto en el área quirúrgica como en el control de costos de toda la institución.



- **Análisis y evaluación de contramedidas:** tomando como base los lineamientos planteados en el gráfico de la espina de pez, se formularon alternativas de solución para el problema planteado:

Tabla 5.

Posibles soluciones
Actividad
Controlar el uso de insumos médicos mediante la centralización y elaboración de una hoja de control por procedimiento realizado
Establecer precio a cada insumo medico utilizado por el facultativo, por uso de sala de procedimientos y equipo médico utilizado
Crear un formato de presupuesto para todo procedimiento a realizarse
Creación de una sala de espera y recuperación exclusiva para pacientes y familiares que van a ingresar a cirugía
Implementación de la hoja de consentimiento informado
Elaboración de una hoja de control de insumos usados por médico

- **Plan de implementación de contramedidas:**

Al realizar una recapitulación completa del plan piloto podemos decir que previo el inicio del trabajo del círculo, el grupo se enfrentó con la realidad de que el proceso de realizar procedimientos quirúrgicos menores tenían graves problemas en la organización, lo cual estaba generando perdida de recursos, tiempo, retraso al realizar un procedimiento y desmotivación del personal encargado de esta área.

Con todos estos antecedentes el círculo decidió establecer las siguientes acciones correctivas:

- Realizar una revisión de precios de insumos, equipo médico y uso de sala que se estaba cobrando.
- Establecer precios de los insumos que son adquiridos por los médicos que arriendan consultorios en la institución, también

establecer precios por el uso del equipo médico y por el uso de sala quirúrgica por parte de los mismos.

- Creación de una hoja de registro de insumos médicos utilizados por cada procedimiento realizado, el cual debe ser llenado por la auxiliar de enfermería que asiste cada cirugía. Las auxiliares de enfermería son el único personal que tendrá acceso directo a bodega para extraer insumos médicos necesarios.
- Dar una responsabilidad por escrito sobre el equipo médico y posibles daños, al personal de auxiliar de enfermería y esterilización quienes tendrán una hoja de registro del médico que ocupó el equipo y que lo entregue en buen estado, de lo contrario el médico responsable tendrá que pagar el valor total del daño.
- Creación de un formato digital de presupuesto quirúrgico, para que el secretario de cada piso realice el respectivo presupuesto del procedimiento que corresponda a los profesionales de salud que tiene a cargo.
- Normar el registro de los pacientes que van a ingresar a sala quirúrgica de la siguiente manera:(VER ANEXO No.13)
 - Para reservar una fecha y realizar el procedimiento el secretario de cada piso tendrá que entregar al auxiliar de enfermería:
 - Historia clínica
 - Presupuesto detallado
 - Consentimiento informado firmado
 - El personal de auxiliar de enfermería que asiste a las cirugías anunciará las fechas disponibles, fijará la hora de inicio del procedimiento y duración aproximada del mismo. Información que será entregada por escrito y enviada a la dirección electrónica por parte del secretario al paciente y al médico responsable.
 - Creación de una hoja de control por cada médico de los insumos consumidos diariamente.

- Creación de un espacio cómodo con sillón reclinable, cafetera, y un pequeño escritorio donde el médico podrá elaborar su receta y dar las indicaciones postquirúrgicas al paciente, además que este espacio servirá también para que los familiares puedan esperar durante el proceso pre quirúrgico y post quirúrgico.
- Implementación de consentimiento informado para los pacientes ingresen a cirugía.

8.8. Presentación por parte del CCC (control de insumos quirúrgicos y cirugía del CEPI) del caso y del plan de contramedidas para aprobación de la gerencia.

Tabla 6.

CCC control de insumos quirúrgicos y cirugía de la piel
Miembros: <ul style="list-style-type: none"> • Ing. Grace sosa • Dra. Ana cristina Proaño • Mauricio Chávez • Auxiliar de enfermería: Mónica Baculima • Auxiliar de enfermería y esterilización :Carmen Cruz
Juntas celebradas por mes: 2 juntas cada 15 días
Duración de las juntas: 30 minutos cada junta
Horario de las juntas: fuera de horas de trabajo a las 12:30 hasta la 13:30

Tabla 7.

<p># De temas abordados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costos de sala quirúrgica • Costos a cobrar por insumos médicos utilizados en cada procedimiento • Elaboración de un presupuesto quirúrgico • Mejoramiento de la sala de espera quirúrgica • Organización en los horarios quirúrgicos • Mejora de la comunicación interna específicamente en el área quirúrgica • Importancia del cliente externo que entra al proceso de cirugía en el CEPI
--

Actividades realizadas para resolver los temas anteriormente descritos:

Tabla 8.

Actividad	Responsable
1.- Revisión de precios de equipo médico y uso de sala. (VER ANEXO No. 8)	Ing. Grace Sosa Dra. Ana Cristina Proaño
2.- Establecer precios de los insumos médicos que son adquiridos por los médicos que arriendan consultorios en la institución. (VER ANEXO No. 9)	Ing. Santiago Palacios Ing. Grace Sosa Dra. Proaño
3.- Creación de hoja de registro de insumos médicos utilizados por cada procedimiento quirúrgico realizado. (VER ANEXO No. 10)	Ing. Santiago Palacios Lic. Mauricio Chávez
4.-Hoja de registro de que médico ocupó el equipo (VER ANEXO No. 11)	Auxiliar de enfermería Mónica Baculima Auxiliar de esterilización: Carmen

	Cruz
5.- Creación de un formato digital de presupuesto quirúrgico. (VER ANEXO No. 12)	Ing. Santiago Palacios Lic. Mauricio Chávez
6.- Normatizar el registro de los pacientes que van a ingresar a sala quirúrgica.(VER ANEXO 13)	Dra. Ana Cristina Proaño
7.- Hoja de control por cada médico de los insumos médicos consumidos diariamente. (VER ANEXO No. 14)	Lic. Mauricio Chávez
8.- Espacio confortable con sillón reclinable, cafetera, y un pequeño escritorio donde el médico podrá elaborar su receta y dar las indicaciones postquirúrgicas al paciente.	Dra. Ana Cristina Proaño
9.-Implementación de consentimiento informado para los pacientes que ingresen a cirugía (VER ANEXO No. 15)	Dra. Ana Cristina Proaño

Con el aval de la gerencia se implementó cada una de estas actividades mediante una reunión general en donde se convocó a los médicos especialistas para informarles de las decisiones y cambios a realizarse. Se les mostró cada uno de los formatos a llenar para que se familiaricen y también se envió al mail de cada uno para que puedan revisarlos detenidamente. La idea central de elaborar todos estos registros es el de organizar, mejorar la comunicación, controlar el consumo de insumos médicos y crear un registro del uso de equipo médico. Adicionalmente se planteó el desarrollo de otras actividades para poder tener información sobre la visión y expectativas que

tiene nuestro cliente externo, actividades que a futuro permitirán valorar la satisfacción del paciente. Dentro de estas tenemos:

- Elaboración de buzón de sugerencia. (VER ANEXO No. 15)
- Encuesta de satisfacción del cliente. (VER ANEXO No. 16)

8.9. Evaluación de efectividad del círculo de calidad del área quirúrgica:

En el primer ensayo de conformación de un círculo de control de calidad fue constituido gracias a la colaboración de gerencia, teniendo como propósito principal la implementación de un plan piloto para la participación de los trabajadores del área de procedimientos quirúrgicos, en un sistema que les permitiera identificar los principales problemas de su área, así como la definición de soluciones para resolver los mismos.

En un inicio la conformación de los círculos de calidad pasó por una etapa de escepticismo principalmente por la parte administrativa y los trabajadores ya que nunca antes nadie les había solicitado su opinión y era un poco difícil creer que ahora ellos iban a ser los que den las soluciones a los problemas de su área.

Para iniciar el proceso se realizó una encuesta de clima laboral para poder aclarar el panorama en el cuál se iba a intervenir.

Resultados de encuesta de clima laboral:

- **Tiempo que lleva trabajando el personal en el CEPI:**

Tiempo que lleva trabajando el personal en el CEPI		
<1 AÑO	1 A 4 Años	> 4 Años
0	78,6	21,4



El análisis básico muestra que el 21% tiene una antigüedad de 4 años, lo cual refleja una capacidad de trabajo que se identifica con la misión de la institución, mientras que el 79% indica que el personal es relativamente de reciente ingreso, lo que implica una ventaja ya que es un personal que puede adecuarse a un ambiente organizacional y ritmo de trabajo establecido por la institución.

Tabla 9. Diagnostico por dimensiones

SINTE 818 DE RESULTADOS Y VALORACIONES		
Relación	Dimensión - Variable - Subvariable - Afirmación	% Aceptación
Colaborador - Administración	CREDIBILIDAD	70
	Comunicación	61
	Información	63
	Mi jefe me mantiene informado sobre asuntos y cambios importantes	
	Mi jefe comunica de forma clara sus expectativas	
	Accesibilidad	68
	Puedo hacer cualquier pregunta razonable a mi jefe y recibir una respuesta directa	
	Mi jefe es accesible y es fácil hablar con él	
	Competencia	76
	Coordinación	73
	Mi jefe conduce el negocio de forma competente	
	Mi jefe hace un buen trabajo en la asignación y coordinación de personas	
	Los colaboradores que ha contratado nuestra empresa se han adaptado bien a nuestra cultura	
	Delegación	83
	Mi jefe confía en que la gente hace un buen trabajo sin tener que supervisarla de forma continua	
	Aquí nos dan la autonomía necesaria para efectuar nuestro trabajo de forma adecuada	
	Visión : Mi jefe tiene una visión clara de hacia dónde debe ir la organización y cómo lograr que así sea	76
Integridad	73	
Confiabilidad	67	
Mi jefe cumple sus promesas		
Mi jefe hace lo que dice		
Aquí lo último que pasaría sería un despido masivo		
Honestidad : Mi jefe conduce el negocio de una forma honesta y ética		

- **Credibilidad: Concebida** como la capacidad de generar confianza. Esta dimensión representa el 70% de acuerdo a la valoración de los encuestados, esta dimensión está compuesta por la sub dimensiones de comunicación (información, accesibilidad); competencia (coordinación, delegación, visión) y la integridad (confiabilidad, honestidad) que genera las jefaturas a los colaboradores.

Tabla 10.

PROMEDIO DE ADECUACION POR DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES

Etiquetas de fila	Promedio de ADECUACIÓN
CREDIBILIDAD	70%
Competencia	75%
Coordinación	73%
Delegación	83%
Visión	75%
Comunicación	61%
Accesibilidad	68%
Información	53%
Integridad	73%
Confiabilidad	67%
Honestidad	88%

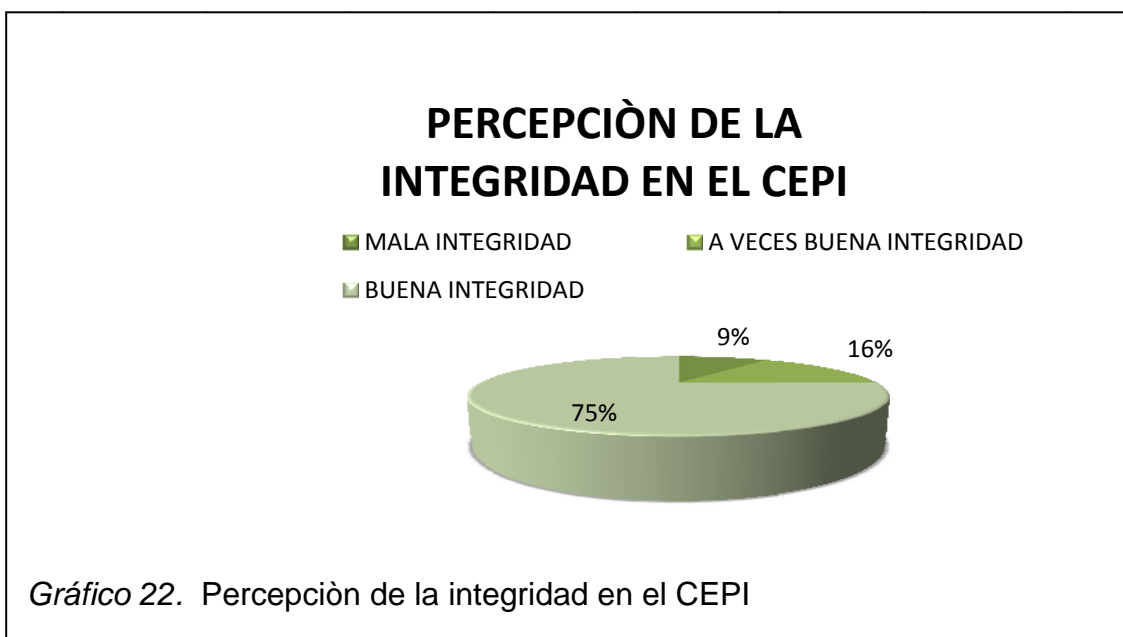
- **Comunicación:** El personal percibe en un 80% buena comunicación, y el 20% que no hay buena comunicación. Pero hay que tomar en cuenta que del 80%, el 34% solamente a veces percibe buena comunicación, por lo que es muy importante implementar herramientas para mejorarlo.



- **Competencia:**



- **Integridad:**



- **Respeto:** esta dimensi3n tiene una valoraci3n del 68% por parte de los colaboradores, en ella se incluye: Desarrollo-valoraci3n profesional, Reconocimiento-valoraci3n profesional, Participaci3n, Cuidado-entorno de trabajo y vida personal, condiciones que hacen que la vida de los trabajadores tenga condiciones dignas y que influyen en la motivaci3n.

Tabla 11.

Colaborador - Administración		
RESPECTO		68
Apoyo		66
Desarrollo - Valoración profesional		64
Aquí me ofrecen capacitación u otras formas de desarrollo para crecer laboralmente		
Aquí me dan los recursos y equipos necesarios para realizar mi trabajo		
Reconocimiento - Valoración personal		66
Mi jefe reconoce el esfuerzo y trabajo adicional		
Mi jefe reconoce que pueden cometerse "errores involuntarios" al hacer el trabajo		
Participación		68
Mi jefe incentiva, considera y responde de forma genuina a nuestras sugerencias e ideas		
Mi jefe involucra a las personas en las decisiones que afectan sus actividades o su ambiente de trabajo		
Cuidado		76
Entorno de trabajo		82
Este es un lugar físicamente seguro para trabajar		
Este es un lugar psicológica y emocionalmente saludable para trabajar		
Nuestras instalaciones contribuyen a que haya un buen ambiente de trabajo		
Vida personal		69
Puedo tomarme tiempo libre, de forma coordinada, cuando debo atender una necesidad personal		
A las personas se les anima para que equilibren el trabajo con su vida personal		
Mi jefe demuestra interés en mí como persona y no tan solo como colaborador		
Aquí tenemos beneficios especiales, que no son comunes		

Tabla 12.

PROMEDIO DE ADECUACION POR DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES

Etiquetas de fila	Promedio de ADECUACIÓN
RESPECTO	68%
Apoyo	65%
Desarrollo - Valoración profesional	64%
Reconocimiento - Valoración personal	66%
Cuidado	75%
Entorno de trabajo	82%
Vida personal	69%
Participación	59%
Reconocimiento - Valoración personal	59%

- **Imparcialidad:** los resultados de esta dimensión son del 73%, en ella se incluye las percepciones de equidad en la remuneración, en el trato, ausencia de favoritismo, justicia en el trato a las personas y la capacidad de apelación.

Tabla 13.

Cota boarder - Administración		IMPARCIALIDAD	73
		Equidad	68
		Equidad en la remuneración	64
		A las personas se les paga de forma adecuada por su trabajo	
		Siento que recibo una participación adecuada de los beneficios que obtiene la empresa	
		Equidad en el trato	64
		Aquí todos tenemos la oportunidad de recibir un reconocimiento especial	
		Recibo un buen trato independientemente de mi posición en la empresa	
		Ausencia de favoritismo	60
		Los ascensos son obtenidos por quienes más los merecen	
		Mi jefe evita el favoritismo	
		Las personas evitan la poliquería y las intrigas como medio para conseguir cosas	
		Justicia	84
		Justicia en el trato a las personas	80
		Las personas son tratadas con justicia independientemente de su edad	
		Las personas son tratadas con justicia independientemente de su raza	
		Las personas son tratadas con justicia independientemente de su sexo	
		Las personas son tratadas con justicia independientemente de su orientación sexual	
		Las personas son tratadas con justicia independientemente de su condición socioeconómica	
		Capacidad de apelación: Si soy tratado de forma injusta, tendría la oportunidad de ser escuchado y rec	60

Tabla 14.

PROMEDIO DE ADECUACION POR DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES

Etiquetas de fila	Promedio de ADECUACIÓN
IMPARCIALIDAD	73%
Ausencia de favoritismo	69%
Equidad en el trato	69%
Equidad	59%
Equidad en el trato	64%
Equidad en la remuneración	54%
Justicia	84%
Capacidad de apelación	60%
Justicia en el trato a las personas	89%

- **Orgullo:** tiene una valoración del 83% y está compuesta por el orgullo por el trabajo personal, el orgullo del equipo y el orgullo de la empresa.

Tabla 14.

ORGULLO		83
Colaborador - Organización	Orgullo por el trabajo personal	84
	Mi participación aquí, es importante	
	Mi trabajo tiene un significado especial; este no es un trabajo más	
	Orgullo del equipo	68
	Cuando veo lo que logramos, me siento orgulloso	
	Las personas aquí están dispuestas a dar más de sí para hacer su trabajo	
	Orgullo de la empresa	89
	Quiero trabajar aquí por mucho tiempo	
	Siento orgullo al decirles a otros que trabajo aquí	
	Aquí, a la gente, le gusta venir a trabajar	
	Me siento bien por la forma como contribuimos a la comunidad	

Tabla 15.

PROMEDIO DE ADECUACION POR DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES

Etiquetas de fila	Promedio de ADECUACIÓN
ORGULLO	83%
Orgullo de la empresa	89%
Orgullo del equipo	68%
Orgullo por el trabajo personal	84%

- **Camaradería:** esta dimensión presenta un resultado de 78% está compuesta por las sub dimensiones de fraternidad, hospitalidad del lugar, hospitalidad de las personas y el sentido de equipo.

Tabla 16.

Camaradería		78
Cala Borrador - Pinar	Fraternidad	78
	Puedo comportarme de forma natural en mi lugar de trabajo	
	Aquí celebramos eventos especiales	
	Las personas aquí se preocupan por los demás	
	Hospitalidad	83
	Hospitalidad del lugar	85
	Este es un lugar acogedor para trabajar	
	Es entretenido trabajar aquí	
	Hospitalidad de las personas	80
	Cuando alguien ingresa aquí, se le hace sentir bienvenido	
	Cuando las personas cambian de función o área se les hace sentir rápidamente "en casa"	
	Sentido de equipo	71
	Aquí hay un sentimiento de familia o de equipo	
	Siento que estamos todos "en el mismo barco"	
	Puedo contar con la ayuda de mis compañeros	

Tabla 17.

PROMEDIO DE ADECUACION POR DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES

Etiquetas de fila	Promedio de ADECUACIÓN
CAMARADERÍA	78%
Fraternidad	78%
Hospitalidad	83%
Hospitalidad de las personas	80%
Hospitalidad del lugar	85%
Sentido de equipo	71%

- **Resultados generales del clima laboral:** se tiene un 72% lo que representa un clima laboral estable y adecuado con oportunidades de mejora. Con todos estos resultados se pudo sacar las recomendaciones de trabajar en la planificación estratégica de la organización, determinar manuales de procedimientos y descriptivos de cargos, definir las líneas de supervisión, determinar su campo de acción y elaborar un plan de capacitación anual con base en los resultados. Las observaciones que

surgieron fueron que existe un grado de insatisfacción por parte de los colaboradores con respecto a la administración debido a que no se encuentran líneas de supervisión bien definidas. También se pudo detectar cierta confusión con respecto a la comunicación que viene de parte de las jefaturas y en cuanto a la equidad se pudo observar insatisfacción en la remuneración y la equidad en el trato al personal.

CAPÍTULO V.

9. ANALISIS DE RESULTADOS

El círculo de calidad empezó con el área administrativa en donde se identificó que una de las oportunidades de mejora importante en el momento, era en el área de cirugía menor, ya que por la parte de contabilidad se evidenciaba elevados gastos los cuales no se reponían. Al identificar este punto se decidió inmediatamente convocar conjuntamente al grupo de personas involucradas en esta área para identificar las causas de este problema y se tuvo que realizar un segundo círculo de calidad simultáneo el cual estuvo conformado por : auxiliar de enfermería, auxiliar de esterilización, representante de contabilidad, responsable de facturación de cirugías y dirección médica.

El círculo estuvo conformado por un líder representado por la Dra. Ana Cristina Proaño y secretaria representada por la Ingeniera Grace Sosa. Se acordó también que las reuniones serían cada 15 días. El proceso de capacitación duró un mes, en donde se impartió conocimientos básicos principalmente de conceptos. Se instruyó mediante diapositivas y el uso del MANUAL DE ADMINISTRACIÓN DE CALIDAD TOTAL Y CIRCULOS DE CONTROL DE CALIDAD VOLUMEN I Y II. Además se pudo tener una instrucción sobre PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL – SERVICIO AL CLIENTE, ofrecido por la compañía TMS TRAINING MANAGEMENT SOLUTIONS con el facilitador Oscar Antonio Paez-Coll H.

Al mes de instrucción se empezaron a desarrollar las sesiones de Círculos de Calidad, cuyo producto final fue las acciones correctivas para mejorar los gastos excesivos en el área de procedimientos quirúrgicos menores y la organización de la misma área para mejorar la calidad de atención. La identificación y selección del punto a tratar fue gracias al criterio de los empleados y el análisis de cada uno de los factores involucrados que estaban creando el problema.

Una vez que empezaron las reuniones se vio un cambio de la percepción de los empleados y los mismos se entusiasmaron con la idea de ser propositivos, sin embargo la desmotivación surgió al ver que por la parte administrativa existía todavía poca comunicación y apertura. Sin embargo se continuo con el proyecto, y se pudo ver como rápidamente al implementar los cambios que sugerían los empleados poco a poco se fueron dando cambios en la atención al cliente externo, se fue mejorando el ambiente laboral, la comunicación y también se pudo ver un cambio notable en la economía de la institución, ya que el área de cirugía menor era un punto donde se generaban los gastos más altos. La implantación de los círculos de calidad desde su concepción hasta el inicio de las actividades llevo como tres meses. El tiempo inicial permitió sentar bases sólidas de las definiciones de los conceptos, así como el familiarizarse con un proceso desconocido.

El respaldo de gerencia general fue fundamental y se lo pudo ver desde un principio, lo cual impulsó el proyecto del plan piloto hasta su fin. Pero cabe recalcar que este apoyo debe mantenerse, porque de lo contrario un personal que ya está motivado y se lo decepciona deja de creer definitivamente en el progreso y en la seriedad de los administrativos. También es importante recordar que los cambios esperados van a ser obtenidos a largo plazo y solamente un indicio de lo que se va a mejorar a corto plazo.

A pesar de los resultados optimistas de esta experiencia, se debe reconocer que no todos los problemas pueden ser solucionados de esta manera y que también presenta *limitantes sobre todo al tratar temas que involucran el reconocer por la parte administrativa ciertas deficiencias comunicacionales*. Conjuntamente con los círculos de calidad es importantísimo el tener canales de comunicación bien formados.

El plan piloto que se aplicó fue para primeramente para probar la posibilidad de aplicar un sistema de círculos de calidad dentro de un área de salud y en una institución relativamente pequeña. Se decidió probar solamente en un área en

específico, tomando en cuenta que la institución necesita experiencia en la conformación y desarrollo de los círculos de calidad.

Durante la aplicación de este sistema se pudo notar en una primera instancia la influencia positiva en el ámbito de calidad y en este caso en la importancia de disminución de gastos innecesarios por mala organización. También se pudo ver que la comunicación entre los trabajadores, el empoderamiento de sus funciones y la autoestima de ellos mejoraban paulatinamente.

Recopilando información de varias sesiones realizadas se contó con el aporte de otros planteamientos para mejorar a futuro, entre estos:

- Propuestas relacionadas con el mejoramiento de la atención al paciente por parte de recepción
- Planteamientos relacionados con mejorar la eficiencia del tiempo de la consulta médica, proponiendo el sistema de citas médicas, en vez de atender en orden de llegada.
- Planteamiento de desarrollo de mecanismos que permitan valorar la percepción de nuestro cliente externo.
- Propuestas que permitan mejorar los tiempos de espera para la consulta médica.

Se pudo ver además que al entregarles a los empleados una institución donde puedan participar, opinar e involucrarse en los procesos, se genera empleados motivados que están permanentemente identificando oportunidades de mejora y comunican las soluciones entre sus pares para obtener el reconocimiento, apoyo y reacciones favorables de los mismos.

Se comprobó también que el recurso humano en una organización es uno de los componentes más importantes para que la institución funcione de una manera eficiente y eficaz.

Al implementar el círculo de control de calidad en el área quirúrgica se pudo identificar que los gastos eran debido a la falta de registro de consumo de insumos médicos por parte de los médicos tratantes, lo cual se resolvió con la aplicación de una hoja de registro de insumos médicos para cada cirugía la cual es llenada por la auxiliar de enfermería que asiste al procedimiento, esta hoja al finalizar la intervención quirúrgica pasa al secretario para contabilizar y cobrar los valores respectivos al médico responsable. De igual forma si un médico necesita cualquier insumo tendrá que dirigirse a la auxiliar encargada de bodega la cual anota inmediatamente en la hoja de registro que pertenece a cada médico y se les cobra los insumos ocupados a final de mes junto con el pago de los arriendos de los consultorios.

Con la implementación del presupuesto digital también se organizó a los médicos, para que previamente a una cirugía identifiquen lo necesario para la misma y no tengan imprevistos durante el procedimiento. Además al normar los documentos a presentar por el médico tratante antes de separar la fecha en la agenda quirúrgica, la auxiliar de enfermería puede evitar cualquier eventualidad que pueda ser previsible al tener la información del paciente como alergias, comorbilidad y además el tener un consentimiento informado firmado desde la consulta, garantiza que el médico responsable informó adecuadamente al paciente del tratamiento que va a recibir y por lo tanto nos da garantía de la calidad de atención que recibe el paciente.

Con los datos obtenidos de las hojas de registros se pudo recolectar la siguiente información en base a los gastos antes y después de la aplicación de las medidas correctivas:

- Los gastos en insumos médicos en el primer trimestre del año, antes de la intervención fue de 2.320,9 dólares y los ingresos correspondientes fueron de 681,62. Considerando que se realizaron un total de 30 cirugías. Esto quiere decir que el costo de los insumos consumidos no era recuperado de ninguna forma y que la institución asumía los costos que generaban los médicos particulares.

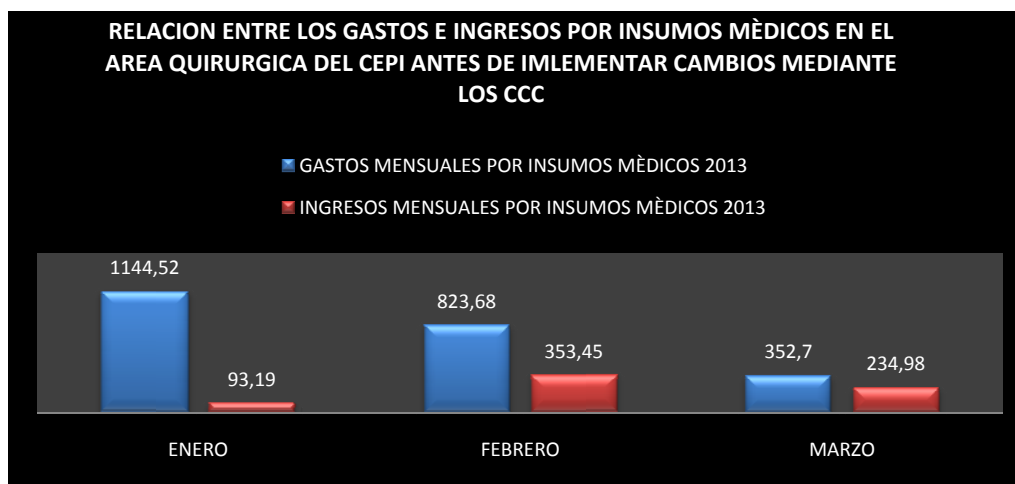


Gráfico 23.

Posteriormente en el siguiente trimestre cuando recién se empezó a implementar las medidas correctivas se evidenció que a pesar de que los costos seguían elevados, con una cifra de 1.589,95 dólares, ya se empezaba a recuperar lo invertido. Además se observó que los ingresos por cobrar insumos consumidos a médicos particulares aumentaron a 1.293,37 dólares.

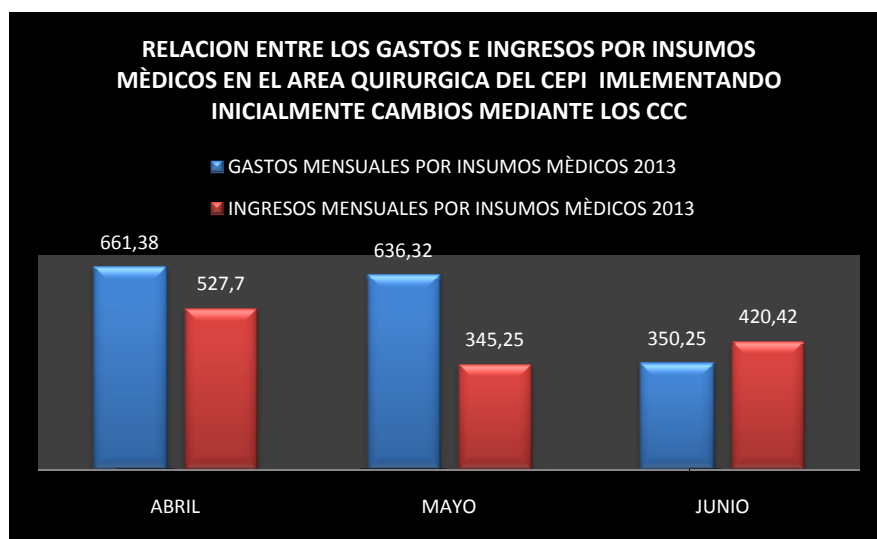
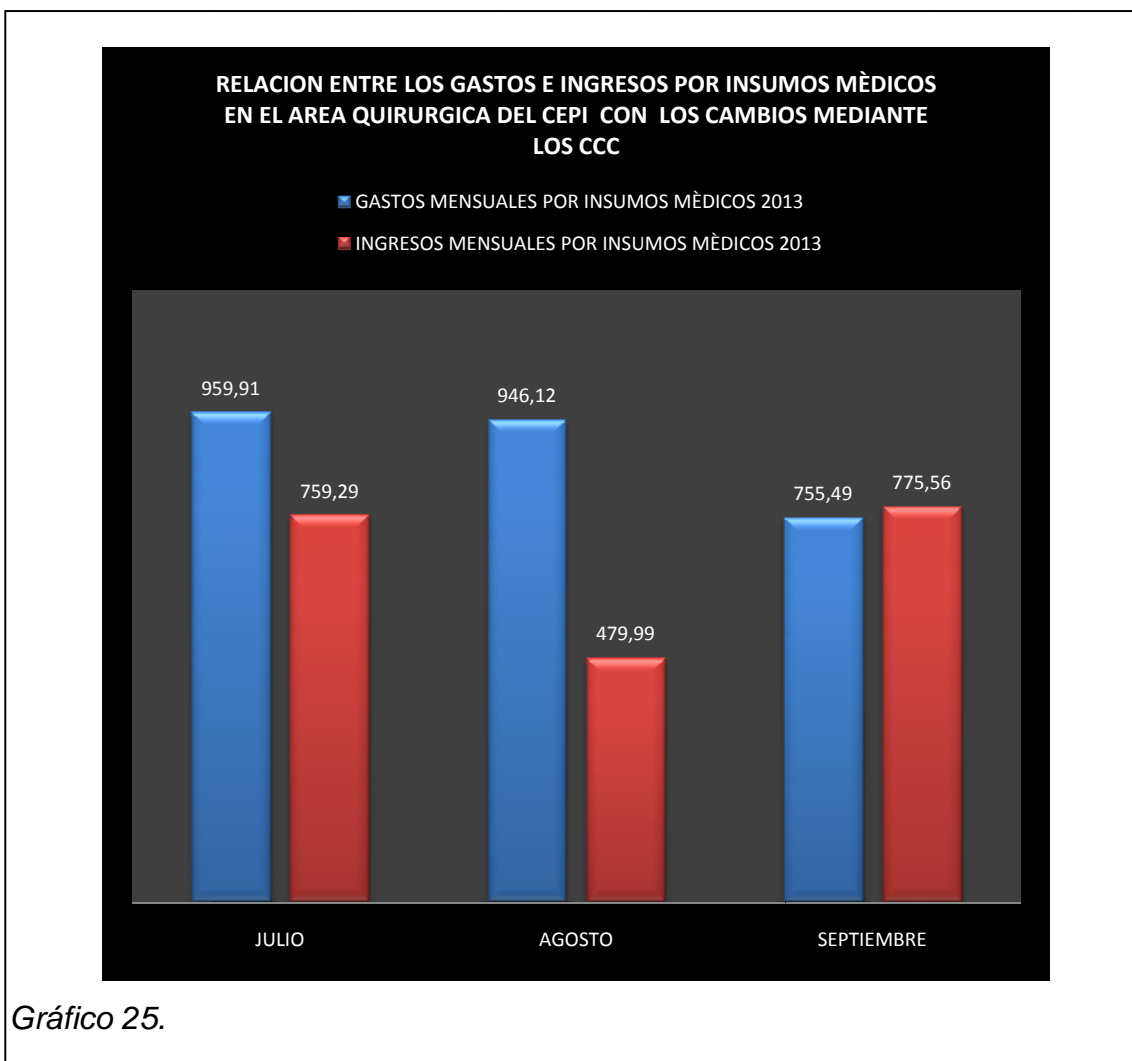


Gráfico 24.

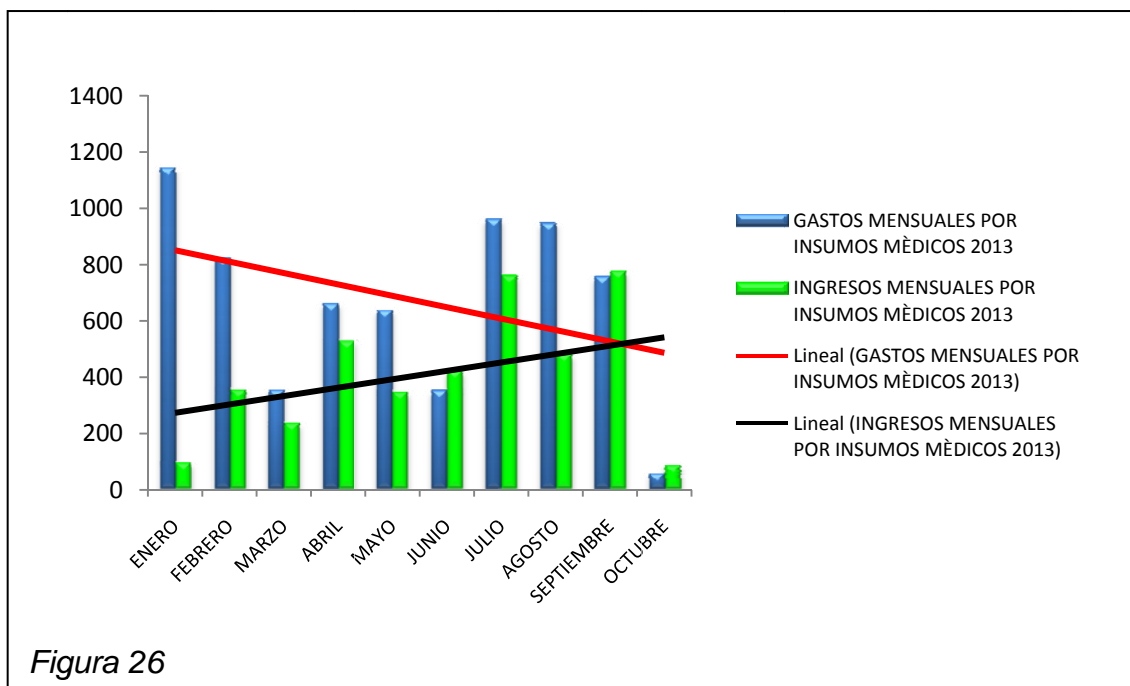
En el Gráfico se puede observar que mientras se van implementando los cambios con el sistema de círculos de control de calidad la diferencia entre gastos e ingresos por insumos médicos en este trimestre ya no es tan evidente, llegando incluso en el mes de junio a recuperar un poco de lo invertido por parte de la institución en insumos médicos. En estos meses hay que considerar incluso que se realizaron solamente 28 cirugías.

- Para el último trimestre valorado se observa las cifras de gastos por insumos médicos correspondiente a 2.661,52 dólares y los ingresos recuperados por los mismos ascienden a 2.014,84 dólares, con la realización de 30 cirugías.



En el Gráfico se puede observar que a pesar de que no se recupera del todo en este último trimestre los gastos por insumos médicos, se evidencia que los ingresos que se generan por el cobro de los mismos a médicos particulares cada vez son mayores llegando en septiembre a tener una ganancia de 20,07 dólares.

Esto permite demostrar que las medidas tomadas en base a la identificación del problema mediante los círculos de calidad si tienen una repercusión económica importante, ya que al identificar pérdidas económicas por errores previsible, es algo fundamental para la institución. A pesar de que las cifras todavía no mejoran completamente a futuro se puede dar un pronóstico según cómo ha ido mejorando la situación en esta área con los controles impuestos, como se puede observar en el siguiente gráfico:



La tendencia de los ingresos por insumos médicos facturados a los facultativos particulares tiene una tendencia lineal a la alza, con relación a los gastos generados. En los meses siguientes a la intervención realizada por los círculos de calidad tiende a la baja, lo cual indica que a futuro se recuperará paulatinamente la inversión que realiza la institución en proveer de insumos

médicos necesarios para que los procedimientos de cirugía menor se realicen con eficiencia y eficacia.

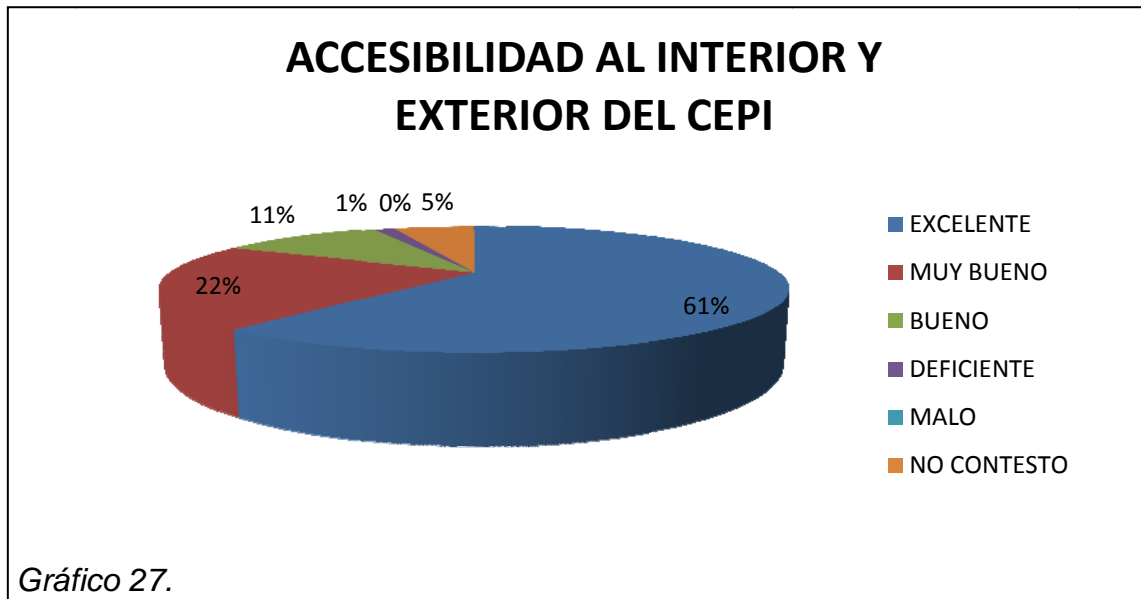
Al tener el resultado esperado en cuanto a la mejora en la parte económica y poder ser parte de este cambio los empleados también presentaron un cambio en su actitud hacia el trabajo y sus opiniones en cuanto al clima laboral empezaron a cambiar, ahora si sentían ser parte de la empresa, empezaron a percibir que administración escuchaba sus sugerencias y empezaron a empoderarse de su trabajo planteando nuevas ideas propositivas.

Por otro lado al implementar el sistema de buzón de sugerencias el personal empezó a darse cuenta de la importancia de la satisfacción del cliente externo, con respecto al trabajo que se realiza y la repercusión que esto tiene al momento de valorar la calidad de atención de la institución. De los resultados arrojados por el buzón de sugerencia se evidenció que:

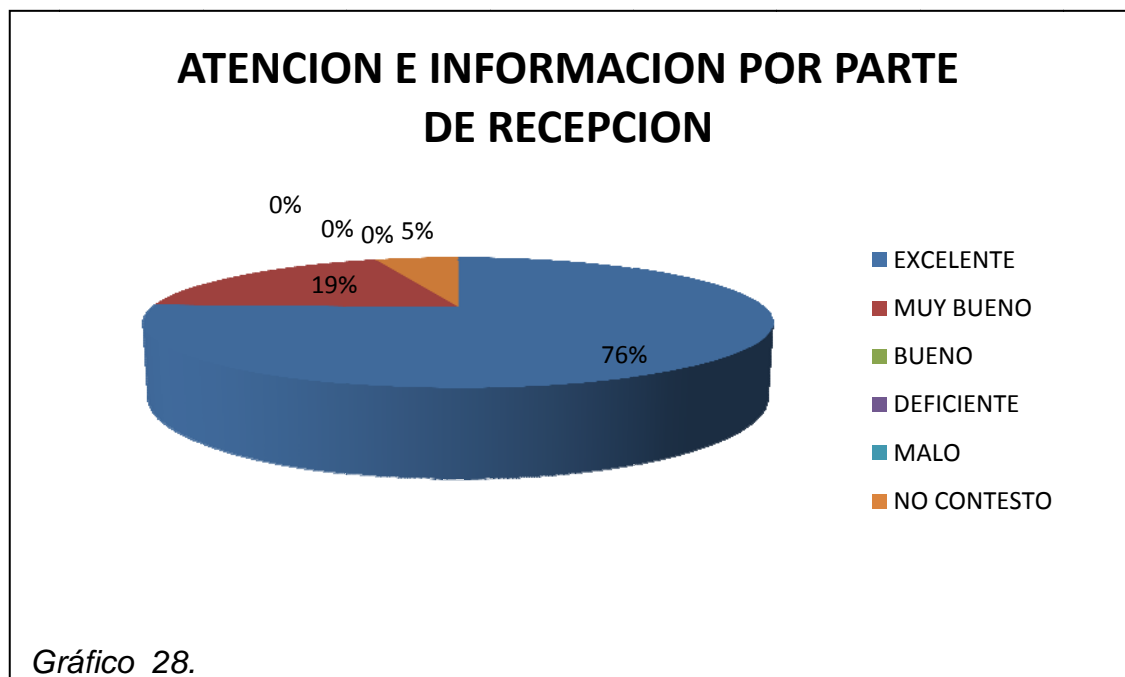
Tabla 18.

Porcentaje de respuestas de sugerencias						
	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	DEFICIENTE	MALO	NO CONTESTO
Accesibilidad al interior y exterior del CEPI	60,8	21,6	10,8	1,35	0	5,4
Atención e información por parte de recepción	76	19	0	0	0	5
Atención telefónica	46	22	5	0	0	27
Tiempo de espera para consulta	55	34	8	0	0	3
Atención medica	76	22	1	0	0	1
Entrega medicamentos	42	14	0	1	0	43
Infraestructura	77	16	3	0	0	4
Limpieza del centro	82	15	1	0	0	1
Entrega de material informativo (servicios médicos, procedimientos, productos médicos)	51	9	5	1	0	32

Accesibilidad al CEPI: según la percepción del cliente externo se puede evidenciar que el 61% de nuestros pacientes opinan que es excelente.



Atención recibida por parte de recepción: el 76% de los pacientes están conformes con la atención brindada por recepción.

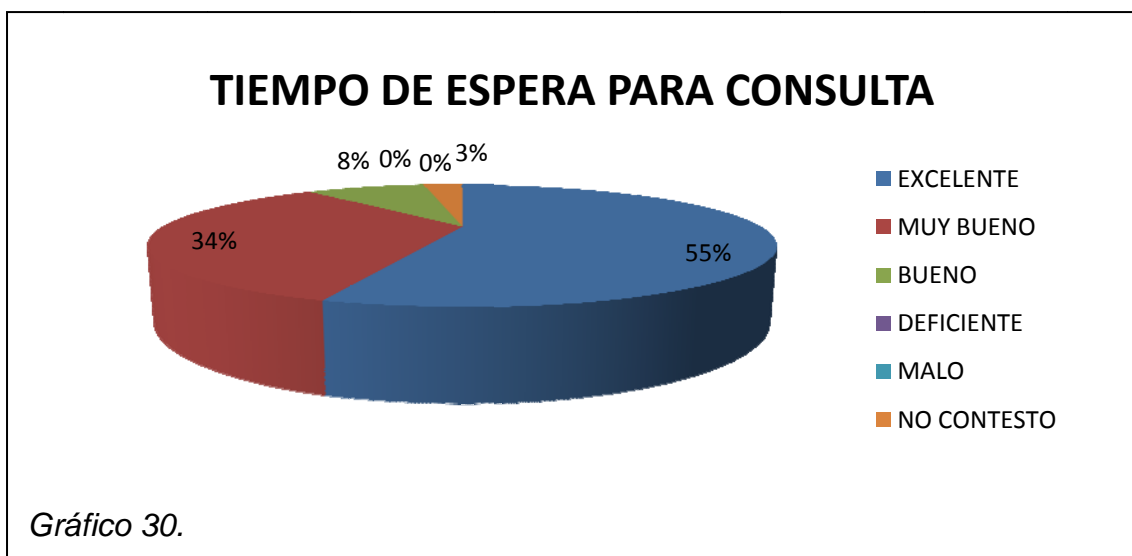


Atención telefónica: el 46% de los pacientes opina que la atención telefónica es excelente, pero entre los clientes que no contestaron refirieron que no podían opinar, ya que no habían llamado al centro y los que opinaron solamente “muy

bueno” suman 49%, esto debe dar una pauta de que se debe mejorar el call center del CEPI.

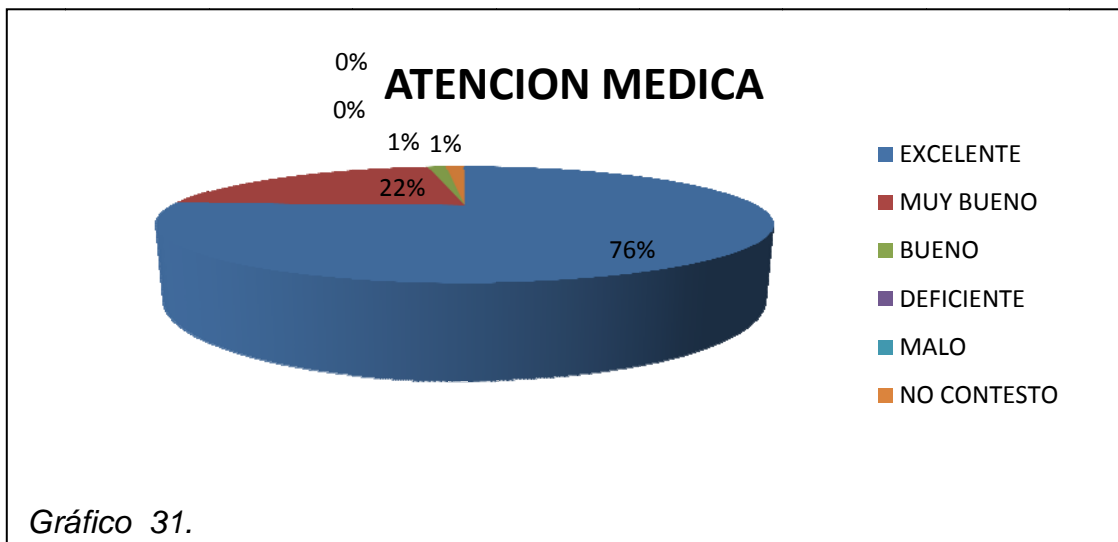


Tiempo de espera para la consulta: la mitad de los pacientes se encuentran conformes con el tiempo de espera hasta ser atendidos por el médico, pero esto hay que mantenerlo y mejorarlo trabajando en equipo.

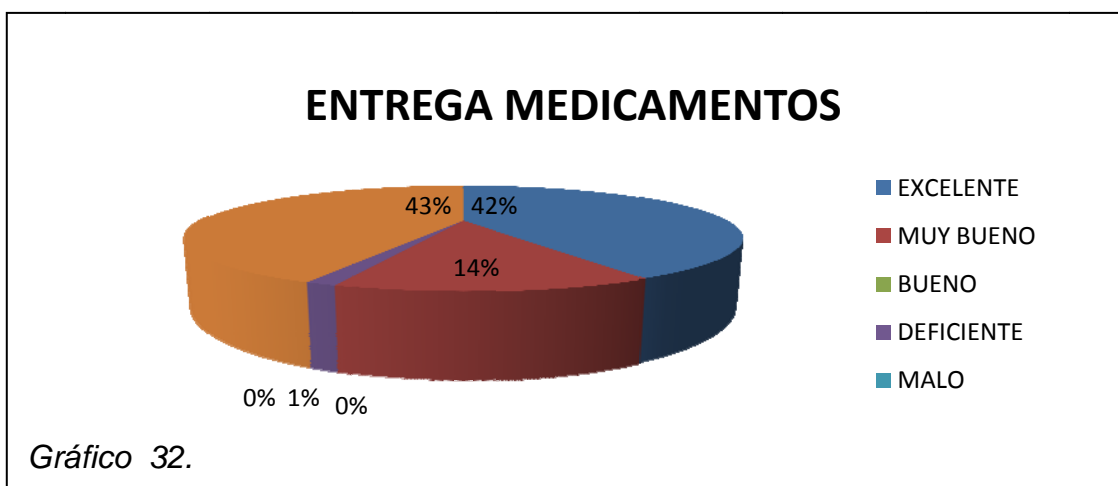


Atención médica: en este ítem se puede evidenciar que la institución cuenta con un personal bien formado y profesional, el cual debe ser reconocido e incentivado para ir mejorando cada día. Un aspecto importante aquí es que a pesar de tener un 76% de satisfacción en la atención médica, en algún

momento se recomendaría hacer una auditoría interna para poder hacer seguimiento a la asertividad del diagnóstico, junto con la efectividad y eficiencia de los tratamientos.

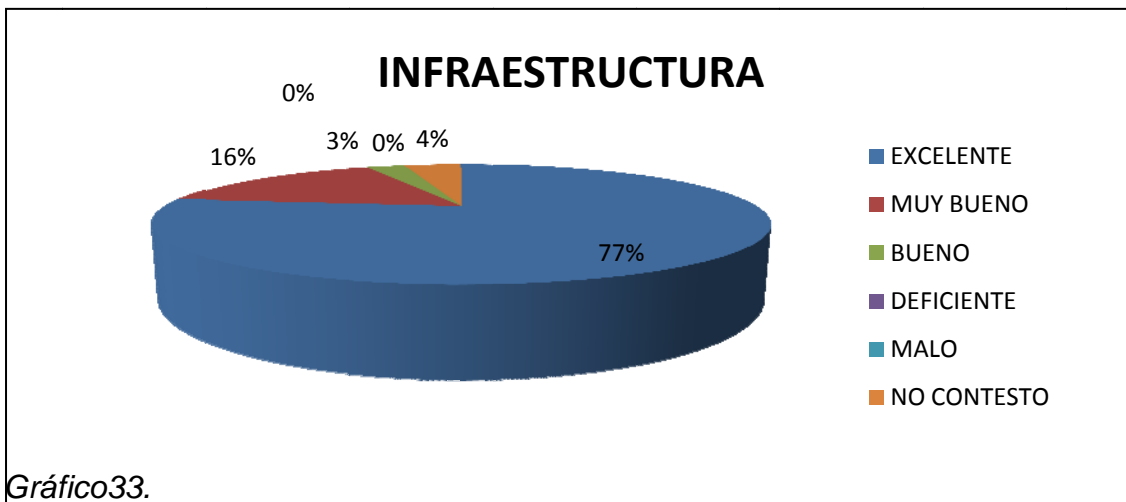


Entrega de medicamentos: Aquí se pudo evidenciar que el 43% de los pacientes no tenían conocimiento de que existe el servicio de venta de medicamentos en la institución, por lo cual no podían opinar. De los pacientes que tenían conocimiento el 42% lo clasificaron de excelente.

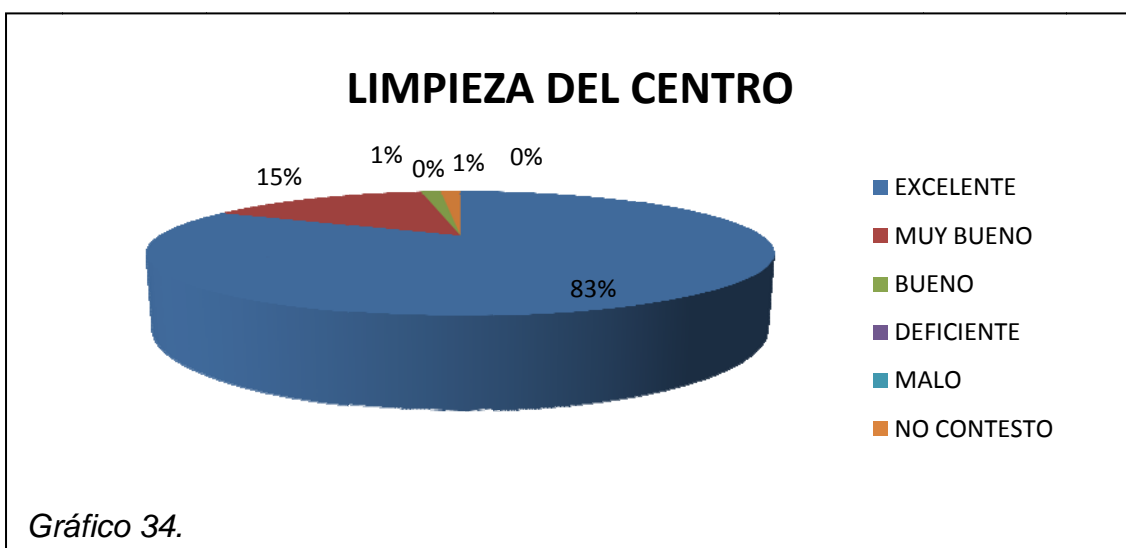


Infraestructura: El CEPI es un centro que cuenta con un edificio de tres pisos, cada uno con espacio para 5 consultorios médicos, con una sala de espera común, recepción en cada piso, además de espacio para un auditorio para 20 personas, una biblioteca pequeña, cafetería en un patio con capacidad para 60

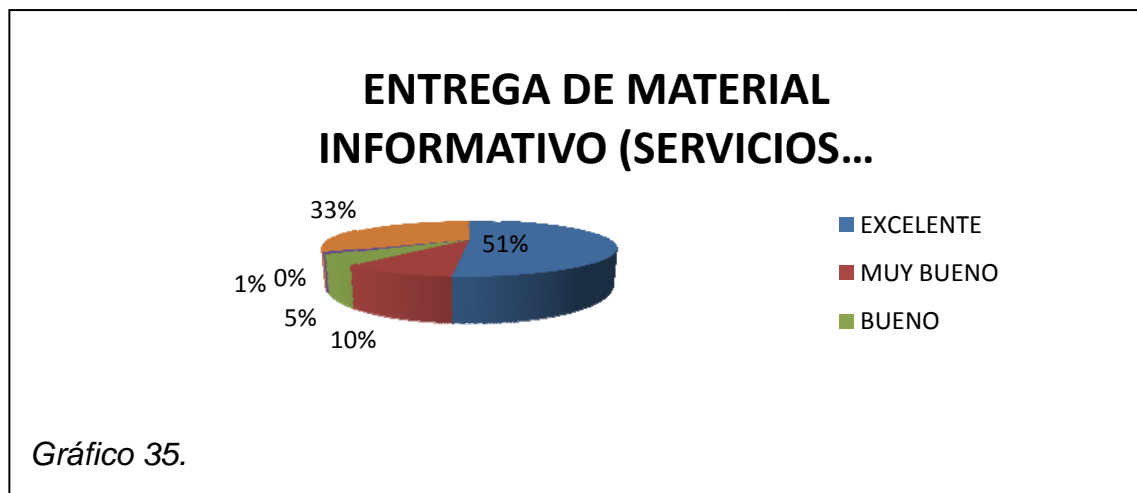
personas y en la tercera planta se encuentra tres salas para realizar procedimientos quirúrgicos menores, junto con 5 consultorios. El 77% de pacientes manifiestan que el espacio se encuentra bien distribuido y que físicamente es un lugar agradable.



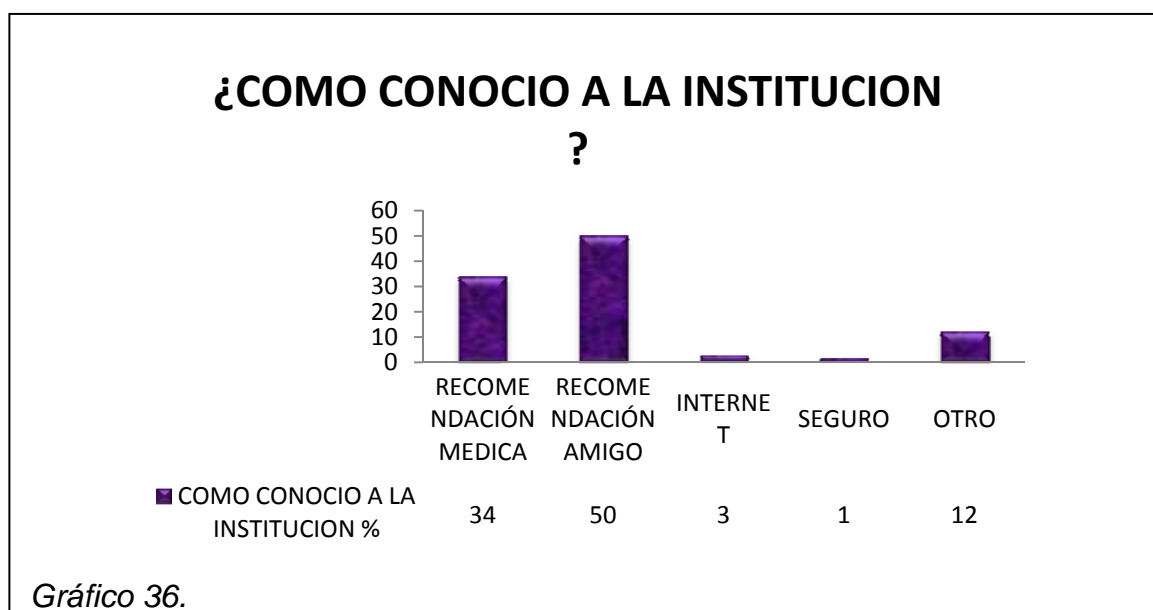
Limpieza del centro: el 83% de los pacientes se encuentran satisfechos con la limpieza del centro, lo cual quiere decir que el personal encargado de esto se encuentra cumpliendo perfectamente sus funciones y que se merecen un incentivo y reconocimiento por parte de gerencia. Esto como parte de un estímulo para mantener la calidad de su trabajo.



Entrega de material informativo: este ítem se refiere a la disponibilidad de información en cuanto a los servicios que ofrece el centro y sus productos. El 51% de los pacientes opinaron que efectivamente existe la información disponible, sin embargo hay que seguir trabajando para poder aumentar el porcentaje de clientes externos satisfechos.



Cómo conoció a la institución: Esta última pregunta que se realizó permite identificar cuál vía de comunicación está fallando, cuál es la forma que se debe explotar para que más personas se informen de los servicios que ofrece la institución. Los resultados del primer mes de aplicabilidad del buzón de sugerencia arrojaron los siguientes resultados:



Se puede evidenciar que el 50% de los pacientes acuden a nuestro centro por recomendación de amigo o familiar. El 34% por recomendación de otro facultativo y el 12% entre “otros medios”, nos comentan que es por la publicidad que se realiza por radio. Con estos resultados nos damos cuenta de que debemos fortalecer la publicidad por internet y explotar la publicidad por medio de la radio.

9.1. Resultados obtenidos con relación al objetivo general

Objetivo General:

Proponer la implementación de un plan piloto de Círculos de Control de Calidad que contribuya a mejorar la atención de salud en el Centro de la Piel (CEPI).

Resultados obtenidos:

Los empleados al entrenarse en diferentes técnicas de resoluciones de problemas, y ponerlos en práctica, adquirieron capacidades para solucionar problemas diarios que perturban la atención de salud.

Al analizar las consecuencias de no realizar las cosas ordenadamente, evitar dar comentarios para no provocar conflictos, y dejar pasar errores previsibles, ha generado que el personal involucrado tome una actitud de prevenir problemas, de adelantarse a situaciones que puedan emerger de manera inesperada que puedan perturbar la calidad de atención de salud.

Al aplicar correcciones en el problema que se identificó permite que el personal y los médicos particulares sean más cautos, responsables y ordenados en la atención de salud que se brinda.

El mismo hecho de hacerle firmar un consentimiento informado al paciente; de realizar un presupuesto previo para el paciente y para el personal de apoyo

quirúrgico con lo cual puedan tener una idea clara del costo y de la complejidad del procedimiento. Preparar al paciente con anterioridad ante un procedimiento de cirugía menor para que se sienta protegido y cuidado, obliga a que la atención desde la consulta externa dermatológica sea más minuciosa y de mayor calidad.

9.2. Resultados obtenidos con relación a los objetivos específicos:

Objetivos Específicos:

- *Analizar si la implementación de los Círculos de Calidad generan una mejora en el clima laboral, propiciando espacios de capacitación, participación y diálogo.*

Resultados obtenidos: En la primera reunión se evidenció bastante escepticismo ya que no se lograba concretar la idea de que sus opiniones y menos aún las soluciones que ellos tenían vayan a ser escuchadas, pero al ver que paulatinamente las sugerencias planteadas por ellos eran tomadas en cuenta, sus expectativas frente a la parte administrativa fueron cambiando.

Se logró una buena comunicación, participación y diálogo entre los participantes del círculo de calidad, respetando las opiniones de los compañeros, creando debate y se logró evidenciar apoyo entre los integrantes para sacar adelante las propuestas de mejora planteadas.

Se logró concretar soluciones claras y viables para poder detener el gasto excesivo en insumos médicos. Y la colaboración de todo el personal para que cada paso establecido se cumpla, todo procedimiento sea registrado y todo insumo sea cancelado debidamente para recuperar el capital invertido en esto y poder tener una ganancia que repercutirá a futuro en las utilidades las cuales serán repartidas entre todos los empleados.

- *Observar si existe repercusión posterior a la implementación del Círculo de control de Calidad en el recurso humano de la compañía sobre la importancia de la satisfacción del cliente externo.*

Resultados obtenidos:

Al implementar el círculo de calidad y poner en práctica la implementación del buzón de sugerencias, el personal pudo evidenciar la importancia de la opinión del cliente externo para poder identificar nuevas oportunidades de mejora. También ayudó a mejorar el orgullo y la autoestima del personal ya que los resultados muy diferentes a lo esperado en un inicio de la implementación del buzón de sugerencias; era que la percepción del cliente externo iba a resultar negativa, pero fue totalmente diferente. A pesar de que recién es el primer mes de evaluación se evidenció que existe satisfacción por parte de los pacientes hacia el servicio prestado.

- *Analizar si los CCC tuvieron alguna repercusión económica en la institución.*

Resultados obtenidos:

Al analizar los datos entre ingresos y gastos desde inicio del año hasta la actualidad el personal pudo identificar claramente que las medidas implementadas y ejecutadas por ellos influyeron de manera notable en la economía de la institución, con lo cual a futuro generará utilidades que beneficien a todos los empleados.

10. VENTAJAS E INCONVENIENTES SUSCITADOS CON LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CÍRCULOS DE CALIDAD:

El beneficio de estar involucrados directamente en el proceso día a día hace de este proyecto una experiencia personal y de dirección empresarial. Es importante recalcar que los beneficios que se generaron para la institución fueron tangibles e intangibles tanto para la compañía como para el personal involucrado.

Sin embargo la presencia de factores e inconvenientes estuvieron presentes en las diversas etapas de implementación.

Beneficios:

- En el personal se generó consciencia de lo que es CALIDAD, no solo al momento de realizar su trabajo, si no que se llegó a concientizar sobre la necesidad de generar acciones e ideas propositivas que mejoren la atención médica y sobre todo que disminuya la cantidad de errores previsible.
- Además se empezó a crear un ambiente de colaboración y apoyo recíproco, las relaciones entre los empleados empezaron a mejorar y esto repercutió positivamente en los procesos operativos.
- Además con los resultados ya descritos en los cuales se puede evidenciar una mejora en la parte de ingresos de la institución, a largo plazo se considera que la repercusión será muy positiva en los índices de productividad.
- Se mejoraron las relaciones humanas, se pudo generar mayor conciencia del trabajo en equipo.
- Cada empleado empezó a tomar consciencia de que cada error previsible genera innumerables pérdidas, las cuales no solamente afectan a la institución y a sus dueños sino que esto repercute en

el bienestar y estabilidad laboral de todo el recurso humano que conforma el CEPI.

- Aumento en la participación de los trabajadores, al generar sus propias decisiones, decidir las actividades y medidas correctivas que se tomaran para solucionar los problemas que se presenten.

Inconvenientes:

- En la primera reunión que se tuvo con gerencia general, el escepticismo frente a una nueva idea y forma de pensar, fue uno de los puntos más difíciles de sobrellevar.
- La preocupación de los empleados al ver cambios en la institución algunos de los cuales significarían el ser evaluado conjuntamente con la generación de una autocrítica a las labores que realizan diariamente, generó escepticismo en un inicio.
- Escepticismo de los empleados ante la propuesta de que ellos van a ser los autores que van a dar las soluciones a los problemas que se generen y que estos su vez sean escuchados y tomados en cuenta por parte de gerencia general para ser ejecutados.
- Al ser un grupo en el cual todos fueron aprendices, fue difícil ya que al principio no se tuvo la autoridad para empezar a organizar los círculos de calidad, además la falta de experiencia requirió permanente estudio por parte de las tesis y de la gerencia que apoyó desde el principio la idea de que todos aprenderían con la experiencia.
- La falta de información, registros, documentos en donde se evidencie estadísticas de la empresa, estado situacional, la falta de procesos no normatizados y empezar a organizar todo desde la misión y visión de la institución generó trabajo extra y esfuerzo por parte de todos los involucrados.

Todo cambio en una institución y más aún si se habla de mejorar los ingresos de la misma genera a todo nivel una expectativa de mejoramiento salarial, lo cual es difícil sobre todo a corto plazo ya que los cambios se van a ir viendo paulatinamente y a largo plazo, aun así no se puede asegurar a la gente ningún beneficio en este sentido ya que existen muchas variables que están fuera del alcance del círculo de calidad.

CAPÍTULO VI.

11. CONCLUSIONES

En la institución del Centro de la piel, realmente no se sabía si iba a funcionar o no la implementación de los círculos de calidad, en primer lugar por ser una empresa relativamente pequeña y sobre todo porque el personal que la compone es muy diverso. A esto se le suma que es una institución que brinda el servicio de salud, el cual de por si es complejo. Pero al ir estudiando, y creyendo en una nueva forma de pensar y de realizar el trabajo diario con la meta de la CALIDAD, aun más en salud se fue poco a poco captando la atención de la gerencia y de los empleados. Además hay que destacar que al ser un personal relativamente nuevo; como ya se mencionó ya que la mayoría trabaja entre 1 a 4 años, estuvieron más receptivos a los cambios.

En esta implementación todos los involucrados aprendieron uno de otros lo que generó solidaridad y compañerismo, nadie fue un líder impositivo, contrario a esto al final de esta experiencia hubo la sensación de que todos fueron líderes. La propuesta de Círculos de calidad generó expectativas importantes a futuro lo cual es bueno, pero también podría ser un punto débil, ya que algo malo sería desilusionar al personal y romper las ilusiones de formar una institución entre todos con una sola visión y misión.

La experiencia obtenida con la investigación mostró además que existen varios errores previsible, que aparentemente son insignificantes pero a la larga generan una pérdida de recursos económicos importantes, malestar en el cliente interno lo cuál a posterioridad se refleja en el maltrato al cliente externo. Los círculos de calidad implementados permitieron que la toma de decisiones ya no sea centralizada, se cambió a un espacio de diálogo y participación de los empleados, permitiendo que los conocedores de cada área sean los que generen las medidas correctivas efectivas y eficaces para solucionar los problemas que se generen.

El objetivo principal fue efectivamente mejorar la calidad de atención en salud, lo que en el transcurso del trabajo permitió darse cuenta que era imposible si no se trabajaba desde el interior de la institución, si no se valora el recurso humano, no se lo escucha y se brinda apoyo entonces jamás mejoraremos la calidad del servicio prestado, más aún en salud donde el servicio que se brinda es tan vulnerable a las acciones, sentimientos y actitudes humanas. Si el personal se encuentra insatisfecho jamás podrá transmitir la calidez al cliente externo que llega para recibir atención, considerando que es una persona que a veces acude de mal humor, con dolor o con malestar.

Finalmente se logró la concientización de los trabajadores sobre la importancia que tiene la calidad en la ejecución de cada tarea, se puede afirmar que a través de un círculo de calidad podemos favorecer a la efectividad y eficiencia del trabajo, hecho que repercute positivamente en los empleados y disminuye las presiones laborales que afectan física y mentalmente al recurso humano que integra una institución.

12. RECOMENDACIONES:

Si se quiere lograr una buena implementación de los círculos de calidad es importante:

- Apoyo y convencimiento por parte de toda la empresa en este sistema.
- Explicar claramente que los cambios ocurren paulatinamente, que es un proceso a largo plazo y que tampoco resolverá todos los problemas que se generen.
- Es fundamental el apoyo y compromiso por parte de gerencia general.
- Es importante aclarar que este sistema y los cambios que se dan no son de carácter fiscalizador.

- Permanentemente se debe tener capacitación del personal involucrado en temas de administración de calidad total.
- Se recomienda que antes de iniciar una implementación de los Círculos de Calidad se debe tener en claro el estado situacional de la institución, misión, visión y FODA de la misma.
- Se debe establecer método de evaluación para cuantificar los logros o fracasos alcanzados.
- Propiciar espacios para incentivar al personal, felicitar por los logros alcanzados.
- El círculo de calidad servirá si es considerado como una estrategia de motivación empresarial y se lo usa como herramienta para alcanzar las metas de la institución.
- Finalmente se recomienda realizar una buena identificación de oportunidades de mejora por prioridad del momento en el que se realice el círculo de calidad.
- Es aconsejable que se traten temas de mejora en el trabajo, mejorar los procesos, ahorro en costos innecesarios, mejorar la seguridad, limpieza y comodidad del trabajo. Es preferible excluir temas de salarios, horas laborables ya que esto es exclusiva decisión de gerencia general.

Específicamente para esta institución se recomienda que al tener bases, herramientas para poder evaluar la satisfacción del cliente interno y externo no se las deje de usar. La valoración del clima laboral se debe valorar mínimo una vez al año mediante la encuesta anteriormente utilizada, con lo cual se puede comparar y establecer si hubo algún cambio. La implementación del buzón de sugerencia no debe ser relegado con el paso del tiempo y debe tener un análisis mensual.

Referencias

1. Banco Japonés de Desarrollo (DBJ), Instituto Japonés de Investigación Económica (JERI), Manual de administración de la calidad Total y Círculos de Control de Calidad, Volumen I y II, http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/file/VI_ManualACTyCCC.pdf, Japón 2003, 06-06-2013.
2. Primitivo Reyes Aguilar, Nadima Simón Domínguez, Los círculos de calidad en empresas de manufactura en México, Tesis doctoral, Facultad de Contaduría y Administración, UNAM, <http://www.ejournal.unam.mx/rca/201/RCA20103.pdf>, abril 2000, 10-07-2013.
3. Ishikawa, Kaoru, "QC Circles Activities", QC in Japan Series No. 1, Union of Japanese Scientists and Engineers (JUSE), Tokyo, <http://a3thinking.com/blog/wp-content/uploads/2009/04/tqchandbookv2.pdf>, October 2003. 10-07-2013
4. Deming, E., Quality, Productivity and Competitive Position, Instituto de Tecnología de Michigan, 1982, pp. 107-108.
5. Juran, J.M. y Frank M. Gryna, Manual de control de calidad, McGraw Hill, México, (1989) 1993, p. 10.
6. Eric Abrahamson, Gregory Fairchild, Management Fashion: Lifecycles, Triggers, and Collective Learning Processes, Administrative Science Quarterly, December 1999 vol. 44.
7. Navarro Espigares, J. L., Análisis de la eficiencia en las organizaciones hospitalarias públicas, http://www.hvn.es/invest_calid_docencia/bibliotecas/publicaciones/archivos/doc_67.pdf, Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) 1999. 28-03-2013.
8. Navarro Espigares, J. L., La medida de la eficiencia técnica en los hospitales públicos andaluces. Hacienda Pública Española, nº 148, pp. 197-226. Año 1999.

9. Vidal Yanira, Vidal. Enfermera Central de Esterilización Clínica Sanatorio Alemán de Concepción, <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/calidad/Historia.pdf>, año 2006, 06-12-2013.
10. Gaitan Linda, Diseño de un Modelo de Gestión de Calidad Basados en los Modelos de Excelencia y El Enfoque de Gestión por Procesos, Tesis de maestría de Ingeniería industrial, Fundación Universidad del Norte. Barranquilla, <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/86/32884145.pdf?sequence=1>, año 2007, 18-07-2013.
11. Manzanares José, Aristides Jorge, Velasco Níger, Trabajo de tesis para optar el grado de Licenciatura en Administración de Empresas, Propuesta de un modelo de círculos de calidad que contribuya a mejorar la competitividad de la industria Manufacturera Textil de San Miguel, http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/015447/015447_Port.pdf, El Salvador. 2007, 27-07-2013.
12. Pezoa Marcela, Departamento de Estudio y Desarrollo, Superintendencia de Salud. Propuesta metodológica que permite evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud, http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7318_recurso_1.pdf, Chile 2010. 27-07-2013.
13. Vinueza Sylvia. Director: Ing. Figueroa Ruiz Juan. Titulación de Ingeniero en Administración de Empresas, Análisis y estudio para la implementación de un plan piloto de un Círculo de Control de Calidad en el área de producción NAJOMEZ MERCANTIL J,C,H,G, <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6757/1/Vinueza%20Quirola,%20Sylvia%20Johanna.pdf>, Ecuador. 2013. 27-07-2013.
14. Pablo Mogrovejo, Carlos Gómez, Tutor: Ing. Hortensia Ordoñez R. Trabajo de Graduación previo a la obtención del título de Ingeniería comercial, Levantamiento del mapa funcional elaboración del catálogo de funciones y unidad de competencia laboral en la empresa

INDURAMA S.A, <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/1318>,
Cuenca- Ecuador. 2006, 27-07-2013.

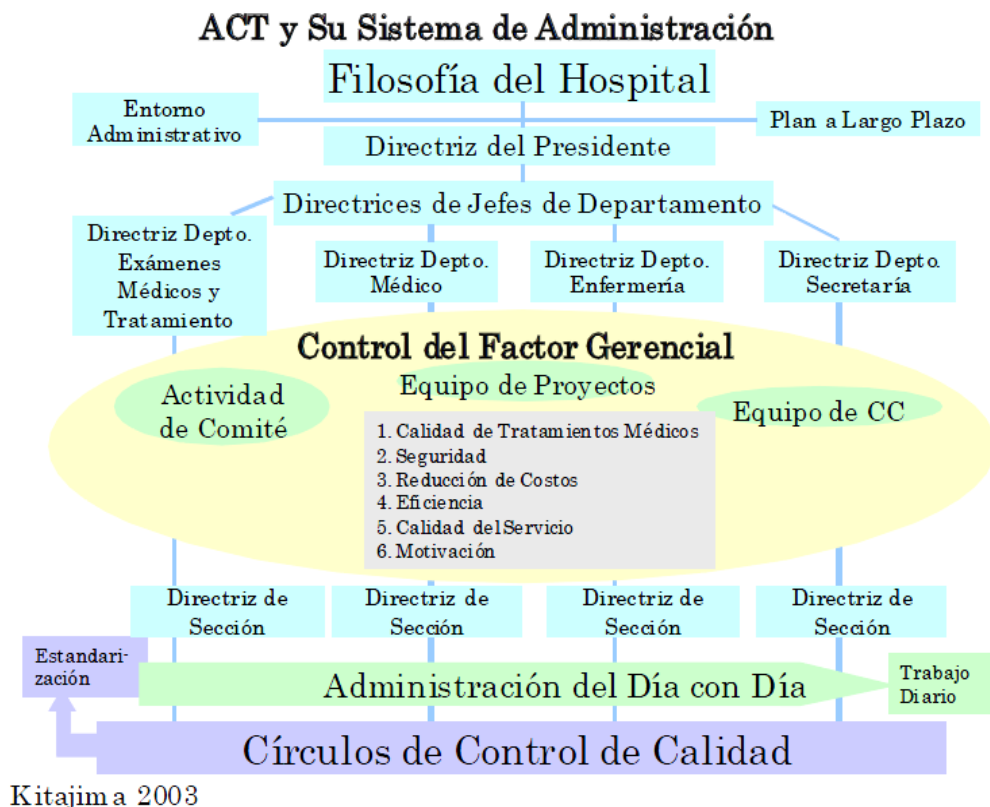
15. Nibancho Center Building, 5-25, Niban-cho, Chiyoda-ku, Tokio, Japón,
Agencia de Cooperación Internacional del Japón,
<http://cursos.itchiuhua.edu.mx/file.php/585/7herramientas1.pdf>,
<http://www.asimet.cl/pdf/5s.pdf>, Oct. 2012, 27-07-2013.

ANEXO

Anexo 1. EL CASO DEL HOSPITAL GENERAL PL DE OSAKA-JAPON: 1

A principios de 1980 el Hospital General PL operaba con déficit. El nosocomio estaba en crisis financiera, su personal se encontraba desmotivado, lo cual conducía a negligencias en el trabajo de equipo en sus operaciones. Al mismo tiempo el Hospital General PL iniciaba la ampliación de su edificio y como resultado de ello, esperaba incrementar tanto su número de pacientes como de empleados. Con esos cambios en el entorno operativo de los negocios, el hospital decidió iniciar los CCC en 1987. Sin embargo, no fue fácil introducir este nuevo sistema. La estructura operativa estaba tan acostumbrada al sistema jerárquico “descendente” que sus empleados rara vez realizaban acciones voluntarias o iniciativas positivas. Siempre había voces en contra de estas actividades, particularmente entre los mandos intermedios, que no conocían gran cosa sobre las actividades de CCC y por tanto eran renuentes a delegar parte de su autoridad o toma de decisiones a sus subordinados. No obstante, después de seis años la gerencia comenzó a notar algunos cambios positivos. Un alto ejecutivo los describió como “cambios de actitud que se notaban en el rostro de los empleados”. Los empleados poco a poco respondieron a la necesidad de un enfoque “ascendente” y comenzaron a reconocer que las actividades de los CCC eran parte de su trabajo diario. En consecuencia, la calidad del servicio mejoró dramáticamente y a esto siguió un notable superávit en los registros financieros. Como resultado tangible, al seguir el método de resolución de problemas, conocido como la *Ruta de la Calidad*, se lograron diversas reducciones de costos. Por ejemplo, la estandarización de las vendas condujo a una reducción de US\$ 15,000 anuales, mientras que usar toallas de papel contribuyó US\$ 42,000 a la reducción de costos. Otro factor importante, fue más intangible: la interacción entre los pacientes y el personal de hospital se hizo más frecuente y agradable, mejorando la calidad del servicio en general.

En el siguiente esquema se visualiza como se trabajó en el HOSPITAL GENERAL PL:



Su estructura facilita la diseminación de las directrices del presidente hacia los jefes de cada departamento quienes a su vez la despliegan en sus departamentos. Entonces, las secciones de los departamentos deciden sobre las acciones concretas para implementar la directriz sugerida por el presidente. Este sistema no pretende imponer las directrices de la gerencia, sino más bien busca proporcionar un entorno sano, en el que las directrices de la gerencia puedan incorporarse al nivel operativo.

Actividades de CCC en el Hospital General PL: ¹

La participación en las actividades de Control de Calidad en el Hospital General PL es obligatoria para todos los empleados, excepto los médicos, quienes participan en forma voluntaria como observadores. Los miembros participan en actividades tanto dentro como fuera de sus horas de trabajo. Se hacen concesiones en cuanto a las horas extras. Un círculo consiste de ocho a diez personas que pueden o no pertenecer al mismo departamento. Hay un asesor, una persona del nivel supervisor experta en las actividades de los CCC. Los

asesores se encargan de ocho a diez círculos y los auxilian en sus actividades particulares cuando alguno de ellos se enfrenta a algún problema difícil. Es obligatorio que cada CCC complete un tema. El tema terminado se materializa en la documentación del caso, que luego se presenta en la convención de CCC que abarca a toda la organización y que se celebra cada dos años. La función principal de la Oficina de CCC es organizar la capacitación interna y externa de los miembros, publicar las noticias mensuales, la “Red de Control de Calidad” y proporcionar información sobre las diversas técnicas y herramientas de los CCC en forma cotidiana.

El Camino al Éxito: El Compromiso de la Gerencia.

Existen diversos factores cruciales para explicar el éxito general logrado por el Hospital General PL.

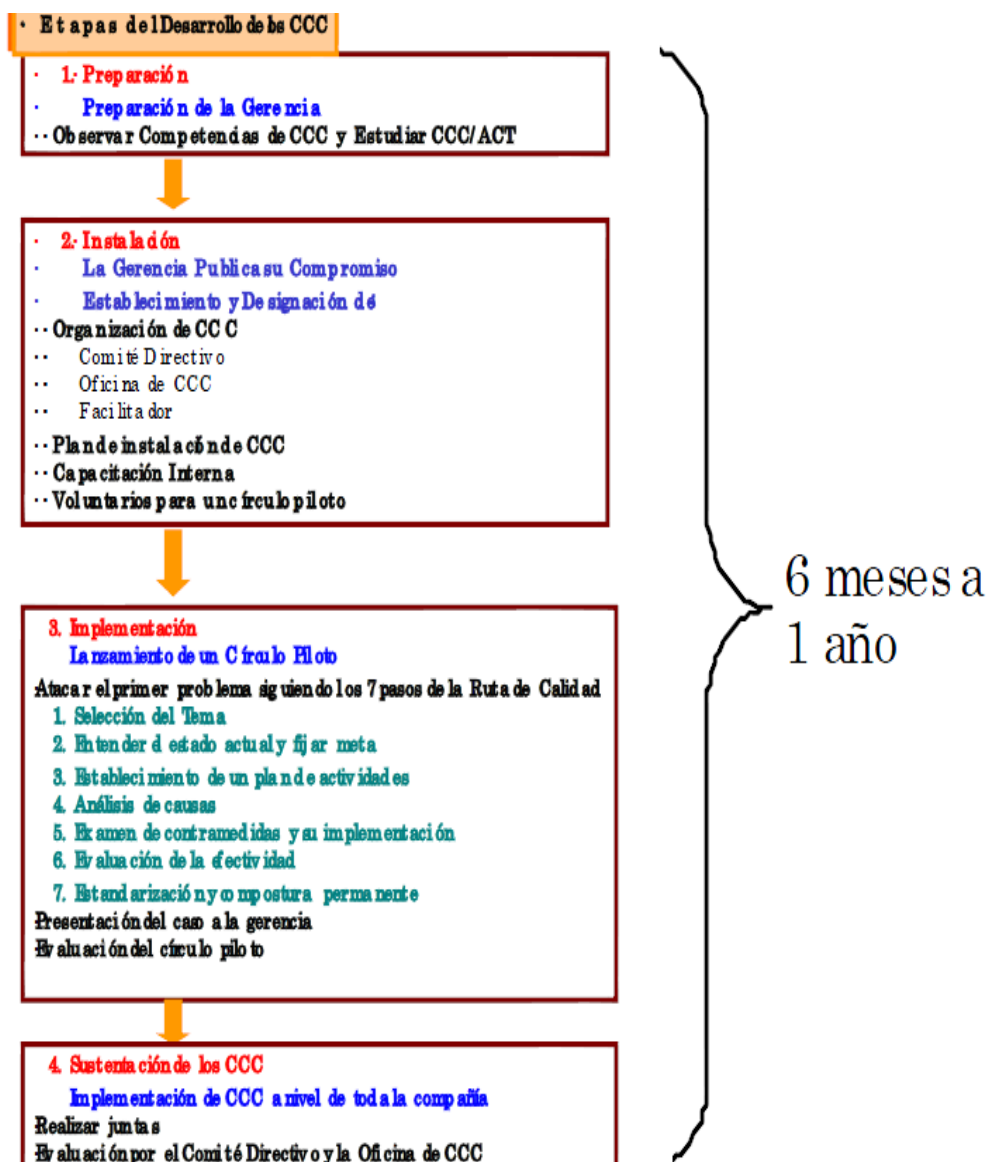
Factores Clave en la Operación Exitosa de los CCC en el Hospital General PL:

- Oficina de CCC Bien Establecida
- Innovador Sistema de “Asesoría”
- Clara Visión de la Gerencia
- Capacitación Efectiva
- Efectiva Participación en Convenciones Internas y Externas
- Se Ofrecieron Incentivos Idóneos
- Alta Motivación en los Participantes

La capacitación efectiva también es crucial para las actividades de los CCC. En el caso del Hospital General PL, la capacitación interna es principalmente para los empleados nuevos. Los miembros aprenden qué es un CCC y qué herramientas y técnicas emplean. Su capacitación externa abarca, entre otras cosas, a las herramientas y técnicas de los CCC, así como algunas habilidades para el manejo de computadoras personales necesarias para las actividades de los CCC.

El compromiso de la gerencia parece ser particularmente importante para el éxito de la operación de los CCC. La clara visión de la gerencia tiene que arraigarse bien en todos los empleados. Con base en esto, los miembros del círculo deciden qué temas atacar. El haber divulgado la visión de la gerencia no sólo no restringe la flexibilidad de los círculos de control de calidad para decidir qué temas quieren atacar, sino más bien redirecciona las operaciones de los CCC y las alinea con la visión y misión de la gerencia. El apoyo de la gerencia siempre es recibido con gran entusiasmo por los integrantes de los CCC. La gerencia tiene además la tarea de asegurarse de que la estandarización de actividades esté bien establecida y eficazmente organizada.

ANEXO 2



(Figura 2. manual de de administración de calidad total y círculos de control de calidad vol. II. Kaname Okada, jefe del programa Japón, banco internacional de desarrollo. Pg. 13).

ANEXO 3

Forma de Registro	
Departamento:	Grupo:
Supervisor:	
Nombre del CC:	Fecha de creación CC:
Frecuencia de las Juntas:	
Líder:	
Líder Auxiliar:	
Miembros:	
Facilitador:	

ANEXO 4¹

	LINEA DE TIEMPO
Selección de temas	
Recolección datos	
Análisis de datos	
Identificar causas	
Aislar causa principal	
Establecer contramedidas	
Implementar contramedidas	
Evaluación de resultados	
Estandarizar contramedidas	

ANEXO 5¹

Tema	Descripción	Número de horas	Fecha
		Total de horas	

ANEXO 6

Figura 13 Lista de Verificación para Evaluar Casos de CCC

Criterios de Evaluación	Asunto a Evaluar		Puntaje
1. Establecer el Tema (20 puntos)	1) ¿Fue el tema establecido por todos los miembros que participaron en los estudios? 2) ¿Fue el tema establecido conforme a necesidades e importancia? 3) ¿La solución prevista será suficientemente efectiva?		0 10 20
2. Participación de los miembros (20 puntos)	1) ¿Está asistiendo cada miembro a las juntas? 2) ¿Hay otras organizaciones relacionadas proporcionando la colaboración necesaria? 3) ¿Están los miembros apoyando su actividad positivamente?		0 10 20
3. Idoneidad del Avance de Actividades (40 puntos)	Asunto a Evaluar	Asunto a Evaluar	Puntos
	1. Logro de la meta (10 puntos)	1) ¿Se estableció adecuadamente la meta? 2) ¿Se cumplió completamente con la meta establecida?	1 5 10
	2. Análisis (10 puntos)	1) ¿Hubo completa disponibilidad de datos del pasado? 2) ¿Fue suficientemente profundo el análisis como para encontrar la verdadera causa? 3) ¿Fue utilizada diestramente la técnica de CC?	1 5 10
	3. Actividades del CCC (10 puntos)	1) ¿Se mostró un trabajo de equipo efectivo? 2) ¿Se logró la cooperación positiva?	1 5 10
	4. Validación (5 puntos)	1) ¿Fue suficientemente validado el resultado revelado? 2) ¿Se identificaron definitivamente los problemas encontrados durante el proceso de evaluación?	1 3 5
	5. Estandarización (5 puntos)	1) ¿Se llevaron a cabo todas las acciones necesarias para una estandarización completa?	1 3 5
4. Uso de las diversas Técnicas de Análisis (10 puntos)	1) ¿Se utilizó una técnica idónea de análisis en cada paso? 2) ¿Se emplearon correctamente las técnicas de the CC? 3) ¿Se observó específicamente alguna notable técnica de análisis?		0 5 10
5. Satisfacción de la Gerencia (10 puntos)	1) ¿Reconoció plenamente el gerente los logros de ustedes? 2) ¿Reconoció el gerente que los logros alcanzados por ustedes fueron resultado de sus Actividades de CCC? 3) ¿Quedó satisfecho el gerente con la acción que tú tomaste como líder?		0 5 10
			Puntaje Total 100

(Manual de de administración de calidad total y círculos de control de calidad vol. II. Kaname Okada, jefe del programa Japón, banco internacional de desarrollo.)

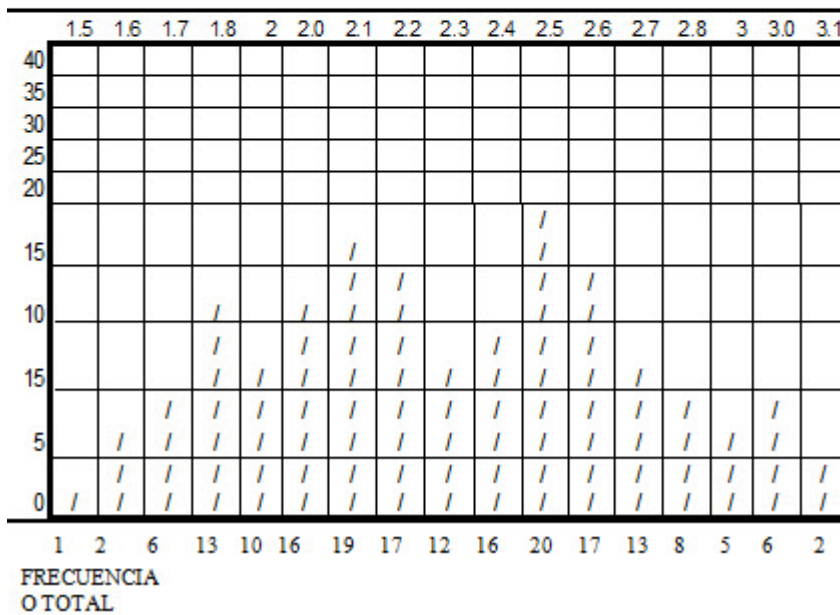
ANEXO 7

HOJA DE VERIFICACIÓN

No. _____

NOMBRE DEL SERVICIO: _____ FECHA: _____
 AREA: _____ DELEGACIÓN: _____
 ESPECIFICACIÓN: _____ UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: _____
 No. DE INSPECCIONES: _____ NOMBRE DEL EMPELADO: _____
 OBSERVACIONES: _____ NOMBRE DEL GRUPO: _____

DIMENSIONES



(Manual de de administración de calidad total y círculos de control de calidad vol. II. Kaname Okada, jefe del programa Japón, banco internacional de desarrollo.)

ANEXO 8

COSTOS UNIDAD QUIRÚRGICA

DESCRIPCION	VALOR NETO
INSTRUMENTAL MÉDICO	\$ 5,00
CURACIÓN BAJA	\$ 10,00
CURACIÓN MEDIA	\$ 15,00
CURACIÓN ALTA	\$ 20,00
USO DE NITRÓGENO (CRY-AC)	\$ 10,00
USO DE DERMATOSCOPIO	\$ 5,00
USO DE ELECTROCAUTERIO	\$ 5,00
USO DE RADIOFRECUENCIA	\$ 15,00
USO DE SALA DE PROCEDIMIENTOS 1 A 30 MIN.	\$ 5,00
USO DE SALA DE PROCEDIMIENTOS 31 A 60 MIN.	\$ 10,00
USO DE SALA CIRUGÍA 15 MIN	\$ 33,25
USO DE SALA CIRUGÍA 30MIN	\$ 53,50
USO DE SALA CIRUGÍA 45 MIN	\$ 73,75
USO DE SALA CIRUGÍA 1H00 / 60 MIN	\$ 94,00
USO DE SALA CIRUGÍA 1H15 MIN / 75MIN	\$ 114,25
USO DE SALA CIRUGÍA 1H30 MIN / 90MIN	\$ 134,50
USO DE SALA CIRUGÍA 1H45 MIN / 105MIN	\$ 154,75
USO DE SALA CIRUGÍA 2H00 / 120MIN	\$ 175,00
USO DE SALA CIRUGÍA 2H15 MIN / 135MIN	\$ 195,25
USO DE SALA CIRUGÍA 2H30 MIN / 150MIN	\$ 215,50
USO DE SALA CIRUGÍA 2H45MIN / 165MIN	\$ 235,75
USO DE SALA CIRUGÍA 3H00 / 180MIN	\$ 256,00

VALORES A COBRAR POR USO DE RADIOFRECUENCIA Y CRIOTERAPIA PRIVADAMENTE

PROCEDIMIENTO	VALOR
radiofrecuencia	\$ 15,00
crioterapia	\$ 4,00

que incluya: 5 paquetes de gasas, un jeringuilla de insulina, lidocaina con o sin epinefrina 1cc, curitas, guante de exanimación, micropore piel 1 y 1/2 pulgada, suero fisiológico

VALORES A COBRAR POR USO DE SALA DE IPL PRIVADAMENTE

No. DISPAROS	VALOR
1	\$ 0,50

VALORES A COBRAR POR SERVICIO DE LIMPIEZA FACIAL PRIVADAMENTE

MINUTOS	MINUTOS	VALOR
30 min	30 min	\$ 25,00

VALORES A COBRAR POR MICRODERMOABRACION + SERVICIO DE LIMPIEZA FACIAL PRIVADAMENTE

HORAS./MIN.	MINUTOS	VALOR
15 min	15 min	\$ 15,50

VALORES A COBRAR POR USO DE LA MICRODERMOABRACION PRIVADAMENTE

HORAS./MIN.	MINUTOS	VALOR
15 min	15 min	\$ 20,00

VALORES A COBRAR POR IPL POR ZONA S OMBRELEPLA CON		
ZONA	# ZONAS	\$ 25,00
PIERNA	1	\$ 2500
MUSLO	1	\$ 2500
		\$ 2500
ANTEBRAZO	1	\$ 2500
BRAZO	1	\$ 2500
AXILAS	1	\$ 2500
ROSTRO	1	\$ 2500
		\$ 2500
BIOTE	1	\$ 2500
ABDOMEN	1	\$ 2500
INGLE	1	\$ 2500
LUMBAR	1	\$ 2500
TORAX	2	\$ 50,00
CUELLO	1	\$ 2500

VALORES A COBRAR POR IPL POR ZONA S OMBRELEPLA CON FOTOREJUVENECIMIENTO Y MELASMA	
MANO	\$ 25,00
ROSTRO	\$ 50,00
BRAZO	\$ 25,00
ANTEBRAZO	\$ 25,00
CUELLO	\$ 25,00

VALORES A COBRAR POR IPL PARA OCATRIZ OMBRELEPLA	
VALOR POR LESION	\$ 25,00
1 LESION O DOS PEQUEÑAS	\$ 25,00
2 LESIONES O 4 PEQUEÑAS	\$ 50,00
3 LESIONES O 6 PEQUEÑAS	\$ 75,00
4 LESIONES O 8 PEQUEÑAS	\$ 100,00
>4 LESIONES	\$ 200,00

VALORES A COBRAR POR USO DE LA MICRODERMOABRACION + LIMPIEZA

PROCEDIMIENTO	MINUTOS	VALOR
ROSTRO	60min	\$ 40,00

VALORES A COBRAR POR USO DE LA MICRODERMOABRACION

PROCEDIMIENTO	MINUTOS	VALOR
ROSTRO	15min	\$ 15,00
ESPALDA	15min	\$ 15,00
BRAZO	15min c/u	\$ 30,00
MUSLO	15min c/u	\$ 30,00
MANOS	15min c/u	30,00

ANEXO 9

LISTA DE PRECIOS INSUMOS MÉDICOS

Descripción	Valor final
ÁCIDO TRICLOROACÉTICO (CC)	\$ 1,08
ADRENALINA O EPINEFRINA	\$ 0,50
AGUA DESTILADA GLN	\$ 3,22
AGUJA DESC 18 X 1 1/2 X 100*	\$ 0,12
AGUJA DESC 22 X 1 1/2 X 100	\$ 0,12
AGUJA DESC 27 X 1/2 X 100	\$ 0,12
ALCOHOL ANTISÉPTICO X LITRO FRASCO	\$ 4,39
ALCOHOL PREPADS X 100 SOB	\$ 0,09
ALCOHOL YODADO (ML)	\$ 2,94
ALGODÓN HIDROFILO 1 LIBRA SANA	\$ 7,28
ANTISEK LIFE GLUCONATO/CLORHEXIDINA*	\$ 58,50
APLICADORES 3"	\$ 0,10
APLICADORES 6"	\$ 0,12
BAJALÉNGUAS MAD.	\$ 0,05
BATA DE CIRUJANO DESC*	\$ 2,51
BICARBONATO DE SODIO 8,4%10 ML I.V	\$ 0,77
BUPIVACAÍNA 0,5% 20ML S/E ROPSOHN	\$ 4,48
CAJAS PETH MONO	\$ 0,45
CINTA TESTIGO 3M*	\$ 18,03
COTONETES	\$ 1,54
CUBRE ZAPATOS 40GR CON ANTIDESLISANTE* C/PAR	\$ 0,38
CURITA LARGA	\$ 0,06
CURITA REDONDA	\$ 0,06
CUTICELL CLASSIC STE SOBRES 10/10CM	\$ 1,67
DAFILON 3-0 DS 24*	\$ 2,73
DAFILON 4-0 DS 19	\$ 2,73
DAFILON 5-0 DS 16*	\$ 2,73
ESPARADRAPO BLANCO	\$ 0,38
ESTERELIZAR BATAS	\$ 0,75
ESTERELIZAR MÁQUINAS O INSTRUMENTOS	\$ 1,05
ESTERELIZAR PAQ. DE GASAS	\$ 0,45
ETHILON 2-0 KS AGUJA RECTA ETHICON SOBRE*	\$ 3,14
ETHILON 3-0 KS AGUJA RECTA JHONSON SOBRE*	\$ 3,29
ETHILON 3-0 SC - 20 JHONSON SOBRE*	\$ 3,06
ETHILON 4-0 SC - 20 AGUJA CURBA SOBRE*	\$ 3,06
ETHILON 5-0 PS - 3 PLASTICA JOHNSON SOBRE*	\$ 5,33
ETHILON 6-0 PS4 / P1 ETHICON SOBRE*	\$ 5,33
FÉRULA DE DEDO 1"	\$ 1,32
FORMOL GLN QUIMFAS	\$ 8,12
FRASCO RECOLECTOR DE ORINA*	\$ 0,15
FUCIDÍN TÓPICO SPODITO 30MG	\$ 0,77
GASA PAQUETE	\$ 0,75
GASA DE 100 X 90 METROS SANA	\$ 48,10
GASA DE 90CM X 91 MTRS. SUPER PRE. SANA*	\$ 43,40
GORROS DESC ENFERMERA*	\$ 0,11
GUANTE DE EXAMINACIÓN SMOLL C/PAR	\$ 0,24
GUANTE DE EXAMINACIÓN SMOLL CAJA	\$ 9,41
GUANTE QUIRÚRGICO ^{c/pne.}	\$ 0,60

CASA -> 26,00 (30 pares)

ANEXO 10

Médico responsable: _____

Nombre del Paciente: _____

cedula paciente: _____ # Historia Clínica _____

Fecha de intervención: _____ # de factura: _____


Hora inicio: _____ Hora fin: _____

Ayudantía (nombre): _____ Código procedimientos (tabla metropolitana): _____

Patología / congelaciones: _____

Insumos Médicos			
DESCRIPCION	CANTIDAD	DESCRIPCION	CANTIDAD
AGUJAS DESCARTABLES		KENACORT (ML)	
ALCOHOL PADS		LIDOCAINA, ROXICAINA, XILOCAINA 2% CON EPINEFRINA (ML)	
ANTISEK-HIBISCRUB (CC)		LIDOCAINA, ROXICAINA, XILOCAINA 2% SIN EPINEFRINA (ML)	
BATA DESCARTABLE ENFERMERA		MASCARILLAS DESCARTABLES	
BICARBONATO DE SODIO 840MG/10CC AMP		MICROPORE 1"	
BUPIROP 0.5% S/E (ML)		MICROPORE 1/2"	
CURITAS		MICROPORE 2"	
CUTICEL CLASSIC STE SOBRE 10/10cm		MICROPORE COLOR PIEL 1"	
ETHILON 2-0 SC-20		MICROPORE COLOR PIEL 1/2"	
ETHILON 3-0 SC-20		RECOLECTOR DE ORINA	
ETHILON 4-0 SC-20		SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML	
ETHILON 5-0		SOLUCION 0.9% 500 ML	
ETHILON 6-0		STIRE-TRIP 1/4 X 4"	
GORROS DESCARTABLES ENFERMERA		TEGADERM 6X7 TRANSPARENTE	
GUANTE QUIRURGICO		VENDA GASA 4"	
HOJA BISTURI N°11		VENDA GASA 6"	
HOJA BISTURI N°15		VICRIL 5-0 P3	
HOJA BISTURI N°24		VICRYL 3-0 SH	
INSULINA (CC)		VICRYL 4-0 RB1	
JERINGUILLA 1 CC INMOVIBLE		VICRYL 4-0 SC-20	
JERINGUILLA 10 CC 21 x 1 1/2		ZAPATONES	
JERINGUILLA 1CC 27g x 1/2 MOV1			
JERINGUILLA 3CC. 21g x1 1/2			
JERINGUILLA 5 CC 21gx1 1/2"			

ANEXO 11

HOJA DE REGISTRO DE USO DE EQUIPO MÈDICO				
				
FECHA	PROCEDIMIENTO	EQUIPO MÈDICO UTILIZADO	AUXILIAR DE ENFERMERÌA	FIRMA

ANEXO 12

Presupuesto Quirúrgico



nombre: _____ fecha: _____

tipo paciente: _____ n.o. ficha: _____

médico: _____

suministros médicos

DESCRIPCIÓN	unidad	Valor unit.	cant.	sub total 0%	sub total 12%	IVA total	valor neto
ÁCIDO TRICLOROACÉTICO (CC)	\$ 1,12	\$ 1,12		0,00		\$ 0,00	\$ 0,00
TOTAL				\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00

PATOLOGÍA

DESCRIPCIÓN	V. UNIT.	IVA UNIT.	CANT.	SUB TOTAL 0%	SUB TOTAL 12%	SUB TOTAL	VALOR NETO
HISTOPATOLOGÍA	\$ 40,00	\$ 0,00	0	\$ 0,00		\$ 0,00	\$ 0,00
TOTAL						\$ 0,00	\$ 0,00

UNIDAD QUIRÚRGICA

DESCRIPCIÓN	V. UNIT.	IVA UNIT.	CANT.	SUB TOTAL 0%	SUB TOTAL 12%	SUB TOTAL	VALOR NETO
INSTRUMENTAL MÉDICO	\$ 5,00	\$ 0,00				\$ 0,00	\$ 0,00
USO DE SALA DE PROCEDIMIENTOS 31 A 60 MIN.	\$ 10,00	\$ 0,00				\$ 0,00	\$ 0,00
TOTAL						\$ 0,00	\$ 0,00

IVA 12,00% \$ 0,00

Patología \$ 0,00

Unidad Quirúrgica \$ 0,00

Ayudante Quirúrgica \$ 0,00

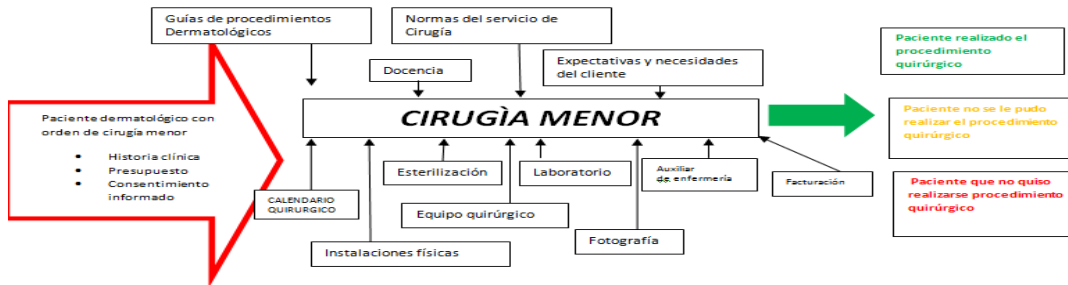
Honorarios Médicos \$ 0,00

Sub-Total \$ 0,00

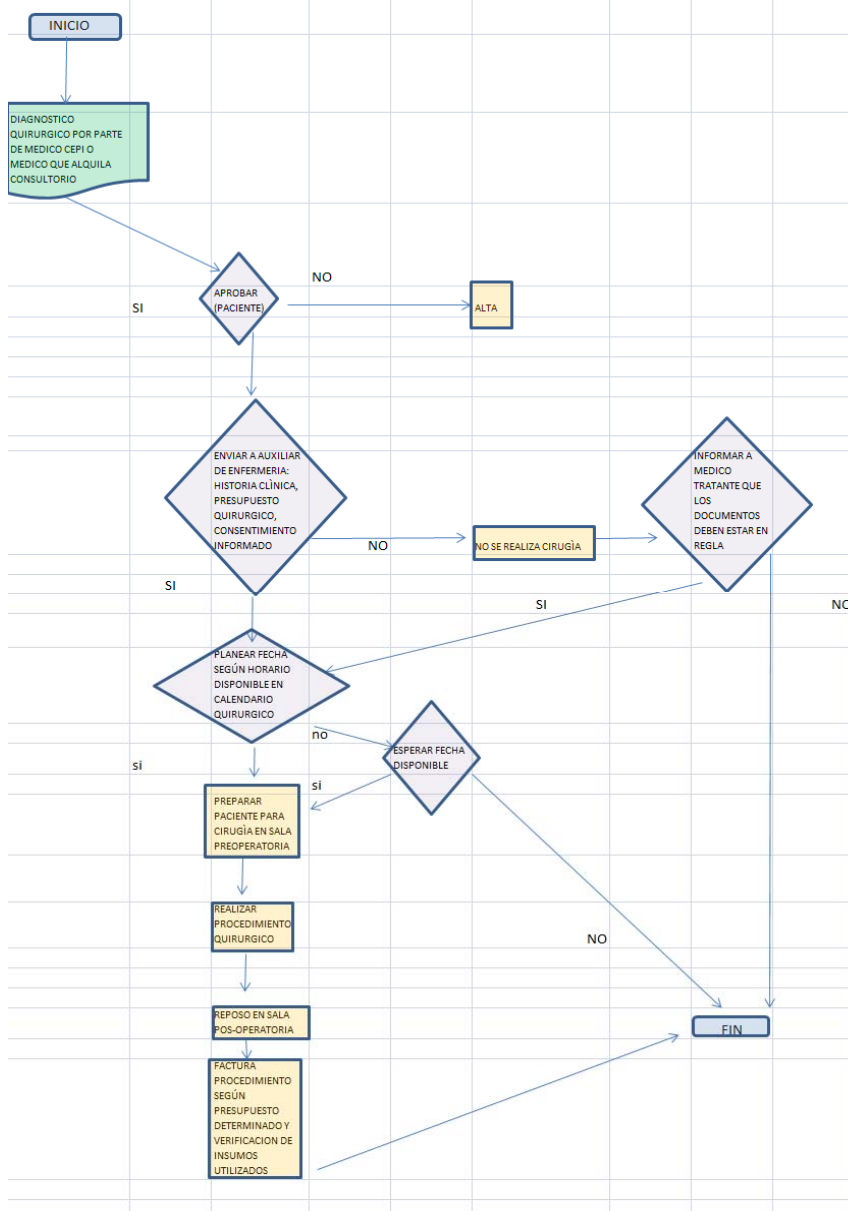
Valor Neto de Prefectura	\$ 0,00
--------------------------	---------

ANEXO 13

PROCESO OPERACIONAL: CIRUGIA MENOR



FLUJO DE PROCESOS PARA PODER REALIZAR UNA CIRUGIA MENOR EN EL CEPI



ANEXO 14

DRA. PONTON			
FECHA	CANTIDAD	INSUMO	VALOR
18/03/2013		crio	2,50
19/03/2013		crio	2,50
27/03/2013	1	bisturi de 15	0,20
27/03/2013	1	capsuleta (frasco biopsia)	0,25
04/04/2013	1	frasco biopsia	0,25
04/04/2013	2	punch	
07/04/2013	5	hisungilla distalinea	
11/04/2013	5	Hisungilla duron N15	1,00
11/04/2013	5	hisungilla 276	
10-05-2013	1	equipo básico	
"	1	frasco biopsias	0,25
04-06-2013	1	frasco biopsias	0,25
20-06-2013	1	" " "	0,25
11/06/2013	1	1 bisturi	0,20
21-06-2013	14	crio	10,00
12/07/2013	1	hisungilla 1cc	0,31
15/07/2013	2	" " "	0,62
11/07/2013	1	Gorro	0,12
11/07/2013	10	Goxol	5,00
19-07-2013	2	hisungilla insulina	0,50
26-07-2013	1	" "	0,31
02-08-2013	1	aja guantes	6,00
" " "	5	hisungillas insulina	1,55
09-08-2013	1	hisungilla insulina	0,31
12-08-2013	5	aguja insulina	1,55
" "	5	" 276	0,40
" "	1	gasa	0,50

pagado

Total \$ 5,45 (mes marzo)

pagado

pagado

pagado

= 10,45


9,33


pagado

10,31


= 18,17 €/u pagado

ANEXO 15

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
				PARRO	CANTÓN	PROVIN		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA	
CAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA								
1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO								
AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROPUESTOS Y NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD								
NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO		CEDULA DE		FIRMA		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO	CEDULA DE		FIRMA		
CAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA								
2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO								
DECLARO QUE NINGUN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR ESTE ABORTO Y QUE INGRESO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI ENFERMEDAD								
NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO		CEDULA DE		FIRMA		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO	CEDULA DE		FIRMA		
CAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA								
3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA								
DECLARO QUE ME RETIRO VOLUNTARIAMENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EXONERO AL PROFESIONAL TRATANTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR LOS RIESGOS A LA SALUD, QUE ME HAN ADVERTIDO CLARAMENTE								
NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO		CEDULA DE		FIRMA		
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO	CEDULA DE		FIRMA		
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD		TELÉFONO		CEDULA DE		FIRMA		
CAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA								
4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA								
DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, BAJO MI RESPONSABILIDAD DEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE								
DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO, BAJO MI RESPONSABILIDAD Y SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE HE SIDO ADVERTIDO DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE ACTO NO AUTORIZADO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS								
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO	CEDULA DE		FIRMA		
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO	CEDULA DE		FIRMA		
NOMBRE DEL MEDICO		TELÉFONO		CEDULA DE		FIRMA		
CAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA								
5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE								
AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE EN VIDA SE ME EXTRAIGA EL O LOS ÓRGANOS CONVENIDOS, DONADOS PARA EL TRASPLANTE EN EL RECEPTOR SEÑALADO								
AUTORIZO PARA QUE, UNA VEZ TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE MI MUERTE CEREBRAL, MIS ÓRGANOS SEAN EXTRAÍDOS PARA TRASPLANTE								
ÓRGANOS DONADOS	NOMBRE DE LOS RECEPTORES		TELÉFONO		CEDULA DE		FIRMA	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO						
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO		CEDULA DE		FIRMA	
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		TELÉFONO		CEDULA DE		FIRMA		
CAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA								
6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA								
AUTORIZO AL MÉDICO AUTORIZADO DE ESTE HOSPITAL PARA QUE PRACTIQUE LA NECROPSIA AL CADÁVER DEL FALLECIDO								
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	TELÉFONO		CEDULA DE		FIRMA	
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO	TELÉFONO		CEDULA DE		FIRMA	
NOMBRE DEL MEDICO		TELÉFONO		CEDULA DE		FIRMA		

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA	
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD									
1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO									
PROPÓSITOS					TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS				
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD		TELÉFONO	CÓDIGO		FIRMA		
2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA									
PROPÓSITOS					INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS				
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD		TELÉFONO	CÓDIGO		FIRMA		
3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA									
PROPÓSITOS					ANESTESIA PROPUESTA				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS				
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO		ESPECIALIDAD		TELÉFONO	CÓDIGO		FIRMA		
4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE									
							FIRMAS DEL PACIENTE		
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD							<input type="text"/> 		
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD									
C CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD									
D CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA									
E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS									
F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO									
G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)									
H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.									
I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO									
5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL									
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.									
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO		TELÉFONO	CEDULA DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		

ANEXO 16

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD FORMATO REGISTRO DE SUGERENCIAS	 CEPI <small>CENTRO DE LA VIDA</small>
	FECHA:

TU NOS AYUDAS A MEJORAR					
NOMBRE				SEXO	F M
CORREO ELECTRONICO					
TELEFONO					
MARQUE CON UNA X:					
FACTORES	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	DEFICIENTE	MALO
ACCESIBILIDAD AL INTERIOR Y EXTERIOR DEL CEPI					
ATENCIÓN E INFORMACIÓN POR PARTE DE RECEPCION					
ATENCIÓN TELEFONICA					
TIEMPO DE ESPERA PARA LA CONSULTA					
ATENCIÓN E INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN MEDICA					
ENTREGA DE MEDICAMENTOS					
INFRAESTRUCTURA					
LIMPIEZA DEL CENTRO					
ENTREGA DE MATERIAL INFORMATIVO(SERVICIOS MEDICOS, PROCEDIMIENTOS, PRODUCTOS MEDICOS)					
COMO CONOCIO A LA INSTITUCIÓN	RECOMENDACIÓN MEDICA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	RECOMENDACIÓN FAMILIAR/AMIGOS				
	INTERNET				
	SEGURO MEDICO				
	OTROS (ESPECIFIQUE)				
SUGERENCIA					

ANEXO 17

Satisfacción del Paciente CEPI

Esta encuesta tiene como objetivo seguir mejorando cada el servicio médico, para lograrlo, es muy importante conocer su opinión y valoraciones.

Esta encuesta es anónima
Rellenarla le llevará 5 minutos

1. Por favor, valore del 1 al 10 donde 1 es "inaceptable" y 10 es "Excelente" su impresión global del centro médico:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impresión general del centro médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En una escala del 1 al 10, donde 1 es "inaceptable" y 10 es "Excelente" por favor, valore los siguientes aspectos sobre del centro médico:

2. LA ATENCIÓN AL CLIENTE:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Facilidad de contacto telefónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención telefónica (corrección, amabilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad de la fecha y hora de citación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo de espera desde petición de cita hasta consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recepcionista (actitud, disponibilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo de espera previo a la consulta/intervención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procesos administrativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ATENCIÓN MÉDICA:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Actuación clínica del médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información ofrecida por el médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo de dedicación médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actitud del personal de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. PROCEDIMIENTOS MÉDICOS (Solo si ha hecho alguna):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tiempo de espera para hacerse el procedimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. INSTALACIONES:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Accesibilidad interior y exterior (parqueadero, barreras arquitectónicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza de aseos y zonas comunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comodidad de las salas de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotación de aparatos médicos e instrumental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Tiene intención de volver a este Centro Médico?

Si No

7. ¿Recomendaría este centro médico a otras personas?

Si No

8.

¿Que destaca de la institución?

¿Que mejoraría de la institución?

9. Observaciones y sugerencias: